



 **Fomesoutra.com**
ça soutra !

GENERALITES SUR LES IST

Pool de formateurs VIH - INFAS

INSTITUT NATIONAL DE FORMATION DES AGENTS DE SANTE - INFAS

Bvd de Marseille, 18 BP 720 Abidjan 18, Tel.: (225) 21005660 / 21001906 – Email: info@infas.ci – site web: www.infas.ci

OBJECTIFS D'APPRENTISSAGE

OBJECTIF GENERAL

Amener l'étudiant de la licence 1 à acquérir les connaissances sur les IST.

OBJECTIFS SPECIFIQUES

1. Décrire les différentes stratégies et approches de prise en charge des IST
2. Assurer la prise en charge des cas d'IST selon l'approche syndromique
3. Assurer la prise en charge correcte des partenaires des clients IST
4. Expliquer le concept de « double protection » aux clients IST.

PLAN

- I. DEFINITIONS
- II. STRATEGIES ET APPROCHES DE PRISE EN CHARGE DES IST
- III. ETAPES DE LA PRISE EN CHARGE SYNDROMIQUE
- IV. CONCEPT DE LA DOUBLE PROTECTION

I. DEFINITIONS

- **IST : Infections Sexuellement Transmises.**
IST → affections transmissibles dues à des microorganismes multiples et variés, liées entre elles par un même mode de transmission : les rapports sexuels.
- **ITG : Infections du Tractus Génital**
ITG → infections des organes génitaux, à savoir les « Infections Sexuellement Transmissibles (IST) » et celles qui ne sont pas toujours transmises par voie sexuelle.
- **Germes divers: bactéries, parasites, champignons et virus**

II- STRATEGIES ET APPROCHES DE PRISE EN CHARGE DES IST

LES STRATEGIES DE CONTROLE DES IST (1)

- Deux stratégies prioritaires
 - la prévention
 - Le traitement précoce et efficace des cas d'IST,
- ❖ La prévention vise la réduction :
 - des risques d'infection (ou de contagiosité);
 - du nombre de partenaires ;
 - des contacts sexuels à risque.

STRATEGIES DE CONTROLE DES IST (2)

La prévention est primaire et secondaire

- ❖ La prévention primaire comporte :
 - Le changement de comportement;
 - L'amélioration de la disponibilité des préservatifs

- ❖ La prévention secondaire est la prise en charge précoce des cas d'IST.
- Elle permet d'éviter les complications des IST et la transmission du VIH/sida. Elle est donc une prévention primaire du VIH/sida.

STRATEGIES DE CONTROLE DES IST (3)

- Le traitement précoce et efficace des cas d'IST vise à:
 - Diminuer la durée de la contagiosité;
 - Limiter le nombre de nouveaux cas.
- Autres stratégies
 - Prise en charge des partenaires.
 - Interventions ciblées
 - Suivi et évaluation
 - Recherche opérationnelle

Approches de prise en charge des IST

- **Approche clinique** vise à identifier une maladie à partir de l'interrogatoire et de l'examen physique. Elle est basée sur les signes cliniques des IST et l'expérience du clinicien.
- **Approche étiologique** est basée sur les données de l'interrogatoire, de l'examen physique et des tests de laboratoires.
- **Approche syndromique** est basée sur l'identification de groupes de signes et de symptômes appelés **syndromes**, faciles à reconnaître à partir des données de l'interrogatoire et de l'examen physique.

Quelques avantages et limites des 3 approches de prise en charge des IST

APPROCHES	AVANTAGES	LIMITES
CLINIQUE	<ul style="list-style-type: none"> - Soulagement rapide - Applicable partout - Moins onéreuse à court terme - Indépendance du laboratoire 	<ul style="list-style-type: none"> - Erreur de diagnostic et de traitement - Favorise les résistances - Ignore les infections mixtes - Ignore les formes asymptomatiques - Difficulté de l'annonce aux partenaires
ETIOLOGIQUE	<ul style="list-style-type: none"> - Précision diagnostique - Traitement spécifique - Prend en compte les infections mixtes - Dépiste les formes asymptomatiques 	<ul style="list-style-type: none"> - Nécessite un laboratoire - Tests peu accessibles - Coût parfois élevé - Traitement différé
SYNDROMIQUE	<ul style="list-style-type: none"> - Prend en compte les infections multiples - Prise en charge immédiate - Efficacité précoce - Simplicité - Applicable partout - Coût réduit à long terme 	<ul style="list-style-type: none"> - Traitement par excès - Clients asymptomatiques non pris en compte - Difficulté de l'annonce aux partenaires

III- ETAPES DE LA PRISE EN CHARGE SYNDROMIQUE

1. **Accueil et interrogatoire**
2. **Examen**
3. ***Diagnostic***
4. ***Traitement***
5. **Entretien /conseil**
6. **Notification au(x) partenaire(s)**
7. **Enregistrement /notification**

ETAPES DE L'APPROCHE SYNDROMIQUE (2)

1ère étape: L'accueil et l'interrogatoire

L'accueil est une circonstance déterminante pour le développement d'une relation de qualité entre le prestataire et le client.

ETAPES DE L'APPROCHE SYNDROMIQUE (3)

Etablissement d'un climat de confiance et de confidentialité

Certaines attitudes peuvent aider à instaurer une meilleure Relation de prestataire à client:

- 1) Saluer et souhaiter la bienvenue au client
- 2) Rassurer le client sur le caractère privé et confidentiel de la consultation
- 3) Regarder le client quand on lui pose des questions
- 4) Ecouter attentivement le client
- 5) Ne pas juger le client

Etablissement d'un climat de confiance et de confidentialité

- 1) Utiliser un vocabulaire accessible
- 2) Etre disponible
- 3) Eviter d'interrompre le client de façon intempestive
- 4) Etre courtois

ETAPES DE L'APPROCHE SYNDROMIQUE (4)

RECUEILS D'INFORMATIONS

Questions générales

Recueillir les Noms et Prénoms, le sexe, l'âge, l'adresse, le statut matrimonial, la profession du client.

Motif(s) de la consultation

Déterminer les symptômes ou les plaintes qui ont motivé la consultation, leur durée, les traitements antérieurs et l'évolution.

Les antécédents et mode de vie

Il faut passer en revue tous les antécédents du clients (médicaux, chirurgicaux et gynéco-obstétricaux).

ETAPES DE L'APPROCHE SYNDROMIQUE (5)

EVALUATION DES RISQUES

Dans les antécédents médicaux il faut insister sur l' évaluation des risques.

Elle permet d'identifier les clients les plus exposés aux IST à travers des questions faciles dont le but est de mesurer les risques de chaque client de contracter l'infection à VIH/sida.

ETAPES DE L'APPROCHE SYNDROMIQUE (6)

EVALUATION DES RISQUES

Outre les données générales, sur la profession du partenaire, la notion de voyage, de consommation de drogue et d'abus d'alcool.

L'histoire sexuelle et le comportement du client: Nombre de partenaires, type de partenaires, partenaires sexuels récents, partenaire infecté par une IST, utilisation ou non de préservatifs.

Le comportement sexuel, éventuellement à risque, du(es) partenaire(s).

ETAPES DE L'APPROCHE SYNDROMIQUE (7)

2° ETAPE : L'EXAMEN

- EXAMEN PHYSIQUE



ETAPES DE L'APPROCHE SYNDROMIQUE (8)

CHEZ L'HOMME

- **EXAMEN DU PENIS**
- **EXAMEN DES TESTICULES ET DU SCROTUM**
- **EXAMEN DU PUBIS**
- **EXAMEN DE L'ANUS**
- **EXAMEN DE LA CAVITE BUCCALE**
- **EXAMEN DES AIRES GANGLIONNAIRES**
- **EXAMEN DE LA PEAU**

ETAPES DE L'APPROCHE SYNDROMIQUE (9)

CHEZ LA FEMME

- EXAMEN DU PERINEE, DE LA VULVE ET DE LA REGION INGUINALE
- EXAMEN DE L'ABDOMEN
- EXAMEN DU COL ET DU VAGIN
- EXAMEN BI-MANUEL: TV+PALPER DE L'ABDOMEN
- EXAMEN DU PUBIS
- EXAMEN DE L'ANUS
- EXAMEN DES AIRES GANGLIONNAIRES
- EXAMEN DE LA CAVITE BUCCALE
- EXAMEN DE LA PEAU

ETAPES DE L'APPROCHE SYNDROMIQUE (10)

3ème étape : **DIAGNOSTIC**

- Plusieurs germes pathogènes nécessitant un traitement différent provoquent cependant des symptômes comparables.
- Le diagnostic syndromique est basé sur l'association de motif de consultation et de signes observés à l'examen.

ETAPES DE L'APPROCHE SYNDROMIQUE (11)

7 SYNDROMES IST

- ❖ Ecoulement urétral
- ❖ Ecoulement vaginal
- ❖ Douleurs abdominales basses chez la femme
- ❖ Douleurs testiculaires
- ❖ Ulcérations génitales et/ou bubon
- ❖ Végétations vénériennes (condylome)
- ❖ Conjonctivite du nouveau-né

ECOULEMENT URETRAL (1/3)



Seattle STD/HIV Prevention Training Center
Source: Connie Celum, Walter Stamm

ÉCOULEMENT URETRAL (2/3)

- C'est le syndrome IST le plus fréquent chez l'homme
- L'aspect de l'écoulement est variable.
 - Purulent (blanchâtre, jaunâtre, verdâtre) ou séreux (transparent)
 - Abondance: (franc, goutte matinale)
- Signes: brûlures, prurit et/ou picotement intra-urétral

ÉCOULEMENT URETRAL (3/3)

- Causes de l'écoulement urétral
 - Gonococcie => neisseria g.
 - Chlamydie => chlamydia t.
 - Gardnerellose => gardnerella v.
 - Trichomonas => trichomonas v.
 - Mycoplasmoses => mycoplasmes

SYNDROME D'ÉCOULEMENT VAGINAL ET/OU BRÛLURE OU PRURIT VAGINAL (1/7)



SYNDROME D'ÉCOULEMENT VAGINAL(2/7)

Tout écoulement vaginal n'est pas toujours pathologique: il peut être physiologique

1. L'écoulement vaginal physiologique:
 - Sans odeur, sans signe fonctionnel
 - Observé dans les circonstances suivantes:
 - Ovulation
 - Règles (Menstrues)
 - Grossesse
 - Accouchement
 - Contraception orale

SYNDROME D'ÉCOULEMENT VAGINAL (3/7)

2. L'écoulement vaginal anormal

→ pathologique quand il y a:

- Modification de la quantité
- Modification de la consistance
- Modification de la couleur et ou de l'odeur
- Avec présence de signes fonctionnels:
 - ✓ *irritation, de prurit vulvaire, de dysurie, de douleurs pelviennes ou de dyspareunie*

→ est la manifestation d'une vaginite ou d'une cervicite

SYNDROME D'ÉCOULEMENT VAGINAL (4/7)

- Les vaginites sont causées par:
 - Candidas albicans
 - Gardnerella vaginalis
 - Trichomonas vaginalis

Ces germes sont plus fréquents, moins pathogènes et ne sont pas nécessairement transmis sexuellement

SYNDROME D'ÉCOULEMENT VAGINAL(5/7): Vaginose bactérienne (VB)/Pertes vaginales



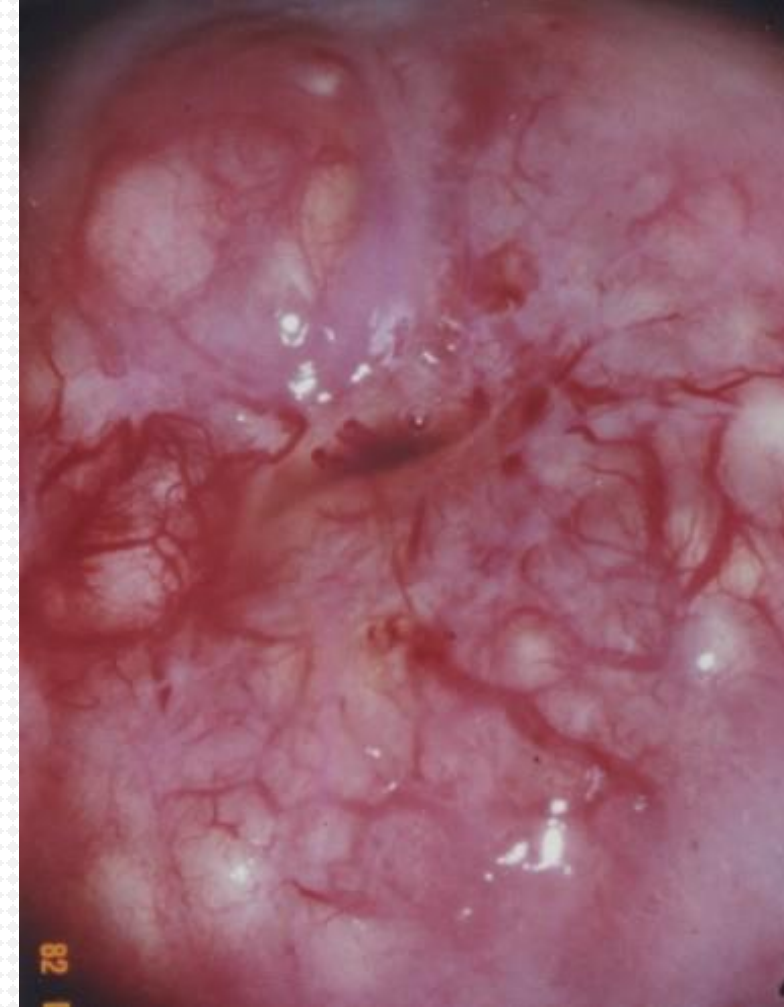
Seattle STD/HIV Prevention Training Center
Source: University of Washington

SYNDROME D'ÉCOULEMENT VAGINAL (6/7)

- Les cervicites sont causées par:
 - Neisseria gonorrhoeae
 - Chlamydia trachomatis
 - Les mycoplasmes

Ces germes responsables sont plus pathogènes, moins fréquents et sont exclusivement transmis par voie sexuelle.

SYNDROME D'ÉCOULEMENT VAGINAL (7/7): Cervicite



EVALUATION DES FACTEURS DE RISQUE DE CERVICITE CHEZ UNE CLIENTE AVEC ECOULEMENT VAGINAL

- Les facteurs de risque de cervicite sont évalués de 0 à 2
- Noter 2 points si:
 - -Signes chez le partenaire
 - -Douleurs pelviennes/dyspareunie
- Noter 1 point si:
 - -Age inférieur à 25 ans
 - -Plus d'un partenaire sexuel les 3 mois précédant le syndrome.
 - -Célibataire

L'évaluation du risque est positive si le score est supérieur ou égale à 2

CONJONCTIVITE DU NNE



CONJONCTIVITE DU NOUVEAU-NE

La conjonctivite du nouveau-né est une infection du premier mois de la vie.

Elle est contractée à la naissance lors du passage de la filière génitale infectée de la mère.

Elle se caractérise par une rougeur conjonctivale, un œdème palpébral, une sécrétion purulente plus ou moins abondante avecaccolement des paupières le matin.

Les principaux germes responsables sont:

- Neisseria gonorrhoeae
- Chlamydia trachomatis

VEGETATIONS VENERIENNES



LES VEGETATIONS VENERIENNES



INSTITUT NATIONAL DE FORMATION DES AGENTS DE SANTE - INFAS

LES VEGETATIONS VENERIENNES



Condylome ou crête de coq chez l'homme

Formation A/BIP

ONG LE MESSI

LES VEGETATIONS VENERIENNES

- C'est une IST tumorale d'origine virale, contagieuse et auto-inoculable
- Le germe responsable est le papilloma virus humain
- Elles se présentent comme des excroissances souvent indolores, à surfaces irrégulières, pédiculées ou non, de taille variable. Elles se localisent au niveau des organes génitaux.

Corrélation entre VIH ET HPV

- Les femmes infectées par le VIH présentent
 - Une prévalence et une incidence élevée du HPV
 - Une persistance élevée du HPV
 - Une charge virale élevée du HPV
 - Une forte probabilité de sous types multiples de HPV
 - Une forte persistance de sous type oncogéniques

ULCERATIONS GENITALES et/ou BUBON INGUINAL

- L'ulcération est une solution de continuité non traumatique localisée au niveau de la peau ou des muqueuses des organes génitaux et/ou de la cavité buccale.
- Le bubon inguinal est une hypertrophie inflammatoire des ganglions de la région de l'aîne.

ULCERATION GENITALE



INSTITUT NATIONAL DE FORMATION DES AGENTS DE SANTE - INFAS

Bvd de Marseille, 18 BP 720 Abidjan 18, Tel.: (225) 21005660 / 21001906 – Email: info@infas.ci – site web: www.infas.ci

ULCERATION GENITALE + BUBON



LES ULCERATIONS GENITALES et/ou BUBON INGUINAL (Suite)

- Les ulcérations les plus fréquentes sont:
 - Herpès génital (herpès simplex virus type II)
 - Chancre mou (hemophilus ducreyi)
 - Syphilis (tréponéma pallidum)
 - Lymphogranulomatose vénérienne ou maladie de Nicolas et Favre (chlamydia trachomatis)

Herpès primaire



Photo : Centres
pour le contrôle et
la prévention des
maladies (CDC),
Division de la
prévention contre
les MST –
Diapositives
cliniques des MST

ULCERATIONS GENITALES et/ou BUBON INGUINAL (Suite)

Les causes les plus fréquentes du bubon:

- Syphilis
- Chancre mou
- Lymphogranulomatose vénérienne ou maladie de Nicolas et Favre

DOULEURS TESTICULAIRES

C'est une douleur des testicules avec ou sans gonflement du scrotum. A l'examen, il s'agit souvent d'une atteinte unilatérale; le testicule est tuméfié et sensible.

Les causes les plus fréquentes:

- Neisseria gonorrhoeae
- Chlamydia trachomatis

Attention:

Devant une douleur testiculaire très intense et de survenue brutale, sans notion de traumatisme chez un adulte jeune il faut penser à une torsion testiculaire qui est une urgence chirurgicale.

DOULEUR ABDOMINALE BASSE CHEZ LA FEMME (1)

La douleur abdominale basse encore appelée Maladie inflammatoire pelvienne (MIP) ou Syndrome inflammatoire pelvien (SIP) est le plus souvent la complication d'une cervicite .

La douleur pelvienne peut être la manifestation d'une endométrite, d'une ovarite, d'une salpingite ou de pelvi-péritonite

DOULEUR ABDOMINALE BASSE CHEZ LA FEMME (2)

Devant une douleur abdominale basse, il faut rechercher des signes évoquant une urgence abdominale chirurgicale telle que:

- GEU: (saignement irrégulier, absence ou retard des règles, état de choc, cri de l'ombilic, masse annexielle)
- Histoire d'avortement ou d'accouchement récent au cours des six derniers mois
- Défense ou contracture de la paroi abdominale, syndrome infectieux
- Signes d'hémorragie interne: pâleur, pouls filant, tension artérielle abaissée .La présence d'un de ces signes nécessite une référence dans les meilleurs délais.

ETAPES DE L'APPROCHE SYNDROMIQUE

4ème étape

Traitement

Algorithmes de traitement des IST

ECOULEMENT URETRAL OU ANORECTAL MASCULIN (niveau IST1)

Prescrire **Kit URET P** composé de :

- Ceftriaxone 500 mg inj : 1 injection en IM dans une fesse,
- Azithromycine 500mg cp : 2cp en une prise orale
- Revoir le client le 10ème jour
- Expliquer la nécessité de traiter le (s) partenaires

ÉCOULEMENT URETRAL OU ANORECTAL MASCULIN (niveau IST1)

Si Persistance malgré bonne observance,

- Traiter le client pour gardnerellose, trichomonose, chlamydie et mycoplasme
- **URET-S : kit URET-S**, composé de :
 - **Métronidazole, 500 mg cp**: 4 cp en prise unique orale
 - **Azithromycine 500mg cp** : 2cp/j en une prise orale pdt 3 jours
- Revoir le client le **24^{ème} jour**

Algorithmes de traitement des IST

ECOULEMENT VAGINAL OU ANORECTAL CHEZ LA FEMME NON ENCEINTE (IST niveau 1)

Traiter la cliente pour infection vaginale (candidose, trichomonose, gardnerellose) et cervicite et ou ano rectite (gonococcie, chlamydiose, mycoplasmosse)

- **kit CERVI composé** de : Ceftriaxone 500 mg inj : 1 injection en IM dans une fesse • Métronidazole 500 mg cp : 4 cp, en prise unique par VO • Azithromycine 500mg cp : 2cp/j en une prise unique pdt 3 jours par VO • Econazole 150 mg ovule : 1ovule /j le soir au coucher, pdt 6 jours,

Revoir la cliente le 10ème jour et le 24ème jour Expliquer la nécessité de traiter le(s) partenaires

ÉCOULEMENT VAGINAL OU ANORECTAL CHEZ LA FEMME NON ENCEINTE (IST niveau 1)

Si persistance des signes

(candidose, trichomonose, gardnerellose)

- **Prescrire kit LEUCO- P** composé de :
 - Métronidazole, 500 mg cp, 4 cp en prise unique par voie orale
 - Econazole 150 mg ovule : 1 ovule /j le soir au coucher, pdt 6 jours,
- Revoir la cliente le 10ème jour Expliquer la nécessité de traiter le(s) partenaires

ÉCOULEMENT VAGINAL ET OU ANORECTAL CHEZ LA FEMME ENCEINTE (Niveau IST1)

Traiter la cliente pour infection vaginale (candidose, gardnerellose et trichomonose) et cervicite (gonococcie, chlamydie, mycoplasme) :

- **Prescrire kit CERVIGE** composé de :
 - Ceftriaxone 500mg inj : 1 injection en IM dans une fesse
 - Azithromycine 500mg cp : 1cp /j pdt 3 jours à partir du 2ème jour par voie orale
 - Econazole ovule 150mg : 1 ov/j le soir pdt 6 jours à partir du 1 er jour
 - Métronidazole cp 500 mg : 4cp en prise unique par voie orale

Revoir la cliente le 10 eme jour

Si persistance des signes

LEUCOGE-P

- Traiter la cliente pour infection vaginale (candidose, trichomonose, gardnerellose)
- Prescrire kit LEUCOGE-P composé de : •
 - Métronidazole 500 mg cp, 4 cp en prise unique par voie orale
 - Econazole ovule 150 mg, 1 ov/j, le soir au coucher, pendant 6 jours, Ajouter une ordonnance de Butoconazole crème : une application 2x/j pdt 21 jrs

Revoir la cliente le 10eme jour

ÉCOULEMENT VAGINAL ET OU ANORECTAL CHEZ LA FEMME ENCEINTE (Niveau IST1)

LEUCOGE-S :

Traiter la cliente pour cervicite (gonococcie, chlamydie, mycoplasmoses) Prescrire kit LEUCOGE S composé de :

- Ceftriaxone 500 mg inj : 1 amp IM dans une fesse •

Azithromycine 500 mg Cp, 1cp /j pdt 3 j par voie orale

Revoir la cliente 2 jours après la fin du traitement

ULCERATION GENITALE ET/OU ANORECTALE ET/OU BUBON (Niveau IST 1)

• ULGEN :

Traiter le / la client(e) pour chancre mou, chancre syphilitique et herpès génital Prescrire Kit ULGEN composé de : • Ceftriaxone, 500 mg, 1 amp en IM unique dans une fesse • Benzathine Benzylpénicilline, 2,4 M UI, 1 amp en IM unique dans l'autre fesse

Désinfection locale par Eosine aqueuse 2% matin et soir (non inclus dans le kit).

Expliquer la nécessité de traiter les partenaires Revoir le (la) client (e) le 10ème jour

DOULEUR ABDOMINALE BASSE CHEZ LA FEMME NON ENCEINTE (Niveau IST 1)

SALPIN : Prescrire anti-spasmodique :

N- buthylhyoscine comp (Buscopan), 2 cp ou

- Tiémonium (viscéralgine simple) 1 amp IM et
- Référer la cliente au niveau IST1 avec compétence médicale ou au niveau IST2

5ème étape: Education et conseils aux patients IST (1/4)

DEFINITION

L'entretien-conseil est défini comme une communication interpersonnelle confidentielle entre un client/couple et le prestataire de santé. Il a pour but d'aider le client/couple à prendre ses propres décisions.

5ème étape: Education et conseils aux patients IST (2/4)

LES QUALITES D'UN BON CONSEILLER

Un bon conseiller doit:

- Savoir accueillir le client/couple
- Etre capable d'informer
- Savoir écouter
- Pouvoir comprendre
- Respecter le client/couple
- Savoir tolérer les différences sexuelles
- Aider à prendre des décisions

5ème étape: Education et conseils aux patients IST (3/4)

COMMENT POSER LES QUESTIONS:

- ❖ Formuler les questions de façon polie et respectueuse
- ❖ Employer des mots que le client comprend
- ❖ Poser des questions précises de façon à ce que le client sache comment vous répondre
- ❖ Ne poser plus qu'une question à la fois
- ❖ Poser des questions qui ne comportent aucun jugement moral
- ❖ Eviter les questions "tendancieuses" qui amènent le client à être d'accord avec vous.
- ❖ Poser à la fois des questions ouvertes et des questions fermées.

5ème étape: Education et conseils aux patients IST (4/4)

THEME A ABORDER LORS DU COUNSELING

- Les voies de transmission
- Les symptômes possibles
- Les complications possibles
- Les liens entre les IST et le VIH
- Les moyens de prévention
- Le traitement
- L 'annonce aux partenaires
- Le suivi

Étapes du counseling

- Informer le client/couple sur l'IST dont il souffre et ses conséquences
- Expliquer les modes de transmission de l'IST
- Décrire les complications possibles en l'absence de traitement.
- Expliquer le traitement : durée, effets secondaires possibles, etc.
- Encourager le client /couple à adhérer au traitement

6ème étape: PRISE EN CHARGE DES PARTENAIRES (1/3)

1. Définition de l'annonce

L'annonce au partenaire est l'ensemble des activités de santé publique qui visent à informer les partenaires sexuels des client(e)s IST ou infectés par le VIH, à leur offrir des services et à les conseiller au sujet des risques qu'ils encourent.

Synonymes : notification, invitation, convocation, recherche, relance

PRISE EN CHARGE DES PARTENAIRES (2/3)

LES PRINCIPES DE L'ANNONCE

- Le choix libre
- La confidentialité
- L'accessibilité
- L'assurance de la qualité des services
- Ne pas nuire
- L'annonce est obligatoire devant tout cas d'IST

PRISE EN CHARGE DES PARTENAIRES (3/3)

LES STRATEGIES DE L'ANNONCE (INVITATION)

Deux façons d'annonces:

- annonce aux partenaires par le client ;
- annonce aux partenaires par le personnel de santé.



7ème étape: *Enregistrement /notification*



Renseigner les outils de collecte de données appropriés

IV- CONCEPT DE LA DOUBLE PROTECTION

DEFINITION

La double protection est définie comme la prévention simultanée des Infections Sexuellement Transmissibles (IST) y compris le Virus de l'Immunodéficience Humaine (VIH) et des grossesses non désirées.

Double protection par opposition à utilisation d'une méthode double

- Les préservatifs masculins /féminins sont tous deux efficaces à la fois pour empêcher la transmission du **VIH /IST** ET **éviter une grossesse**.

Cette méthode est souvent appelée « double protection ».

- Bien que les préservatifs permettent aussi **d'éviter une grossesse**, ils ne sont pas aussi efficaces que d'autres contraceptifs tels que les pilules et les injections. Une autre forme de contraception telle que les pilules ou les injections doit être recommandée aux femmes pour **éviter une grossesse**.

Cette méthode est souvent appelée « utilisation d'une double méthode » (préservatif +autre méthode contraceptive).

METHODES POUR ASSURER LA DOUBLE PROTECTION

- Abstinence totale
- Préservatif seul
- Préservatif et une autre méthode de contraception (hormonale, chirurgicale ou mécanique)
- Fidélité réciproque dans un couple monogame ou polygame + une méthode contraceptive efficace.

AVANTAGES DE LA DOUBLE PROTECTION

- Améliore la santé de l'individu, du couple et de la famille.
- Diminue les dépenses liées aux maladies et aux grossesses non désirées.
- Implique les partenaires surtout l'homme dans la prise de décision.
- Renforce les relations au sein du couple
- Améliore l'harmonie dans le couple.
- A long terme meilleur rapport coût/efficacité.

LIMITES DE LA DOUBLE PROTECTION

- La difficulté de l'adhésion de tous les membres du couple.
- La non disponibilité des moyens à tout moment.
- L'apprentissage de l'utilisation des méthodes
- La possibilité des effets secondaires des méthodes utilisées.

DEFIS DE LA DOUBLE PROTECTION

L'utilisation ou la promotion de la double protection comporte de nombreux défis à relever:

- La double protection est une notion non encore vulgarisée
- Le sexe reste un sujet tabou aussi bien pour les prestataires que le client
- Les programmes de marketing social jusqu'ici associent les condoms à la prévention des IST/VIH-sida et non à celle des grossesses non désirées

CONTRAINTE ET DIFFICULTÉ DE LA DOUBLE PROTECTION

La promotion et l'application de la double protection sont confrontées à un ensemble de contraintes et de difficultés:

- Le coût ajouté par l'utilisation de deux méthodes
- Les femmes n'ont pas le pouvoir sur l'utilisation de condoms et l'utilisation du condom ne peut pas être constante
- D'une manière générale, les gens accordent plus d'importance à la protection contre les grossesses que la prévention des IST/VIH-sida

STRATEGIES POUR LA DOUBLE PROTECTION

Quatre stratégies:

- 1) Renforcement de la capacité du personnel à prendre en charge le double risque
- 2) Organisation des causeries de groupe
- 3) Intégration des activités d'IST/VIH-sida aux autres activités de santé
- 4) Promotion de l'utilisation des préservatifs (masculins, féminin)

INDICATIONS POUR LA DOUBLE PROTECTION

- Les jeunes gens sexuellement actifs âgés de 15 à 24. Ils représentent plus de la moitié des nouveaux cas d'infection à VIH-sida.
- Les hommes et les femmes ayant des comportements à risque.
- Les personnes sexuellement actives des milieux où la prévalence des IST ou VIH-sida est très élevée
- Les professionnels du sexe et leurs partenaires

RECAPITULATIF

- 3 approches de prise en charge des IST avec des avantages et des limites pour chacune. Cependant l'approche syndromique est celle recommandée.
- prise en charge des IST se déroule en 7 étapes que sont : Accueil et Interrogatoire , Examen physique ; Diagnostic, Traitement , Entretien /conseil , Notification au(x) partenaire(s) et Enregistrement /notification.
- Le concept de la double protection consiste à utiliser des moyens pour se protéger à la fois contre les grossesses non désirées et les IST/VIH.



GENERALITES SUR LE VIH

Pool de formateurs VIH - INFAS

INSTITUT NATIONAL DE FORMATION DES AGENTS DE SANTE - INFAS

Bvd de Marseille, 18 BP 720 Abidjan 18, Tel.: (225) 21005660 / 21001906 – Email: info@infas.ci – site web: www.infas.ci



Objectif général

A la fin de ce chapitre, l'étudiant doit être capable de décrire les notions essentielles sur le VIH /sida

Objectifs spécifiques

1. Enumérer les grandes étapes de l'historique de l'infection à VIH dans le monde et en Côte d'Ivoire
2. Citer les modes de transmission du virus
3. Enumérer les facteurs à risque de transmission du VIH de la mère à l'enfant
4. Citer les déterminants de non transmission de l'infection à VIH
5. Citer les déterminants de propagation de l'infection à VIH
6. Décrire l'ampleur de l'infection à VIH en Côte d'Ivoire
7. Décrire l'impact du VIH/sida sur la société et les secteurs d'activités.



PLAN

- I. HISTORIQUE DE L'INFECTION A VIH
- II. EPIDEMIOLOGIE
- III. IMPACT SOCIOECONOMIQUE



I. HISTORIQUE DE L'INFECTION A VIH

Dans le Monde 1/3

DATE	EVENEMENTS	
1981	Diagnostic des premiers cas aux USA	
1982	Définition du concept de SIDA	
1983	Isolement du VIH-1 par les équipes de L. Montagnier et de R. Gallo	Découverte des premiers cas de VIH chez les enfants en Afrique centrale et orientale
1984	Consensus autour du nom VIH	
1985	Développement du premier test sérologique	
1986	Découverte du VIH2	
1987	Mise au point de l'AZT	

Dans le monde 2/3

DATE	EVENEMENTS
1994	Essai ACTG076 : AZT régime PTME
1996	<ul style="list-style-type: none"> • Trithérapies avec anti protéases • Création de l'ONUSIDA
1997	Résultats des essais de l'AZT, régime PTME (ANRS-CI et CDC- Thaïlande)
2001	Réunion spéciale du Conseil de Sécurité sur le VIH/sida avec la création du Fonds Mondial des Nations-Unies (UNGASS)
2003	Initiative « 3 by 5 » de L'OMS
2004	Mobilisation mondiale des ressources (Fonds Mondial, PEPFAR, Banque Mondiale...)

Dans le monde 3/3

DATE	EVENEMENTS
2014	Initiative 90-90-90 de ONUSIDA

En Côte d'Ivoire 1/3

DATES	EVENEMENTS
1985	Diagnostic du premier cas de SIDA
1987	Engagement de l'Etat de Côte d'Ivoire à travers la création du Programme National de Lutte contre le SIDA (PNLS)
1990	Premières études sur la Transmission Mère Enfant (TME)
1993	Création de la cellule mère enfant
1994-1998	Essais cliniques sur régime d'AZT en PTME: RETROCI (CDC)/DITRAME (ANRS)
1997	<ul style="list-style-type: none"> ▪ CISMA à Abidjan et création du Fonds de Solidarité Thérapeutique Internationale (FSTI) • Mise en place d'un fonds de solidarité nationale pour les ARV
1998	Initiative ONUSIDA d'accès aux soins pour les PVVIH avec accréditation de 8 centres de PEC

En Côte d'Ivoire 2/3

DATES	EVENEMENTS
1999	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Résultats sur l'utilisation du cotrimoxazole (ANRS; CDC/RETROCI) ▪ Atelier de consensus sur l'utilisation du CTX en prévention des los ▪ Initiative PTME (UNICEF/FSTI)
2000	Application des essais cliniques sur le régime d'AZT en PTME
2001	<ul style="list-style-type: none"> ○Création du Ministère de la Lutte contre le sida ○Création du Programme National de Prise en Charge Médicale des Personnes vivant avec le VIH (PNPEC) ○Gratuité de la prise en charge pédiatrique et de la PTME (ARV, bilan initial et de suivi)
2004	Décentralisation et déconcentration des activités de prise en charge;
2005	<ul style="list-style-type: none"> • Résultats des essais du nouveau schéma PTME (AZT 3TC NVP), DITRAME-PLUS (ANRS) • Enquête EIS avec une baisse de la prévalence à 4,7% • Gratuité de la PEC ARV en CI

En Côte d'Ivoire 3/3

DATES	EVENEMENTS
2012	Lancement du plan d'élimination de la TME en Côte d'Ivoire
2014	Adoption de la loi sur le VIH (Obligation de partager son statut avec le(la) conjoint(e) dans un délais de 3 mois) (loi n°2014-430 du 14 juillet 2014 portant régime de prévention, de protection et de répression en matière de lutte contre le VIH et le Sida)

En Côte d'Ivoire 3/4

DATES	EVENEMENTS
2015	Adoption des directives de prise en charge des PVVIH en mars 2015
2017	Note circulaire de l'approche « tester et traiter tous » comme nouvelle stratégie de prise en charge des PVVIH (1 ^{er} février 2017)



II. EPIDEMIOLOGIE

Définition

- SIDA est le sigle du syndrome d'immunodéficience acquise :
- Syndrome: ensemble de signes
- Immunodéficience: affaiblissement du système immunitaire
- Acquise : déficience ni innée, ni héréditaire
- Infection causée par un virus de la famille des rétrovirus appelé Virus de l'Immunodéficience Humaine (VIH)

Différents types de VIH et particularités

VIH1

- Le plus commun en Afrique subsaharienne et à travers le monde;
- Prédominance du groupe M;
- Transmissibilité plus grande;
- Augmentation du risque de TME;
- Progression plus rapide vers la phase Sida sans prise en charge.

VIH2

- Le plus souvent retrouvé en Afrique de l'Ouest, Afrique centrale, dans certaines parties de l'Europe et en Inde;
- Se transmet moins facilement;
- Se transmet rarement de la mère à l'enfant;
- Est moins virulent et évolue plus lentement vers la maladie.

Caractéristiques physico-chimiques du virus

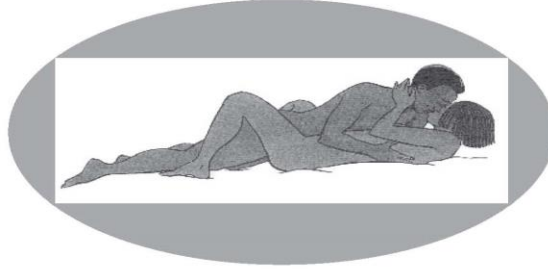
Sensibilité du virus	Résistance dans le milieu extérieur
<ul style="list-style-type: none">• Alcool à 70° pendant 15 minutes.• Eau de Javel à 12° chlorométrique diluée à 1/10 pendant 10 minutes.• Soluté de Dakin pendant au moins 5 minutes.• Chaleur à 56° pendant au moins 5 minutes.	<ul style="list-style-type: none">• Eau à 37° pendant 11 à 15 jours• Sang en dessiccation 3-7 jours

Liquides biologiques à risque élevé de transmission du virus

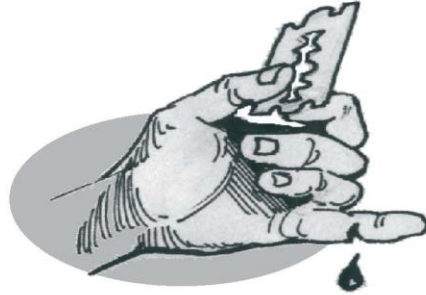
- Sang
- Sperme
- Sécrétions vaginales
- Lait maternel
- Autres (LCR, liquide amniotique)

Mode de Transmission.

Rélation sexuelle non-protégée



Grossesse

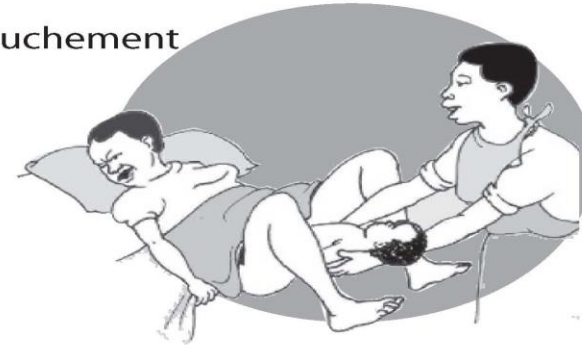


Contact direct avec le sang ou avec les liquides corporels

Accouchement



Allaitement maternel



PATIENT

LA PREVENTION DE BASE **1-2**

Modes de transmission du VIH

Contact sexuel non
protégé
(90%)

Contact avec du
sang contaminé
(3%)

Mère-enfant
(grossesse,
accouchement,
allaitement)
(7%)

Le mode de transmission le plus courant est la voie sexuelle

Facteurs de risques de la transmission par voie sexuelle

- Microtraumatismes lors des rapports sexuels,
- Rapports sexuels non protégés pendant les menstrues,
- Rapports sexuels non protégés avec partenaires multiples,
- Premier rapport sexuel chez la jeune fille,
- Viols et violences sexuelles
- Prostitution,
- Stade avancé de la maladie
- **Infections Sexuellement Transmissibles (IST) ulcératives ou non**

Facteurs de risque de la transmission par voie sanguine

- Transfusion avec du sang non testé;
- Toxicomanie avec échange de seringues;
- Certaines pratiques : excision, circoncision, percées d'oreilles, tatouages avec le même matériel souillé;
- Accident d'exposition au sang (AES)

Facteurs de Transmission mère-enfant

- Déterminants de la Transmission **Mère-Enfant** (TME) :
 - facteurs de risque
 - taux de transmission selon le type de VIH
 - moment de transmission.

Facteurs de risque de la Transmission Mère-Enfant du VIH

	Facteurs prouvés	Facteurs possibles
Viral	<p>Charge virale élevée</p> <p>Sida avéré</p> <p>Certains génotypes et phénotypes viraux</p>	<p>Résistance virale (théoriquement possible)</p>
Maternel	<p>Déficit immunitaire (CD4 bas)</p> <p>Primo-infection pendant la grossesse ou l'allaitement</p>	<p>Déficit en vitamine A</p> <p>IST</p> <p>Chorioamniotite</p> <p>Nombreux rapports sexuels non protégés</p> <p>Utilisation de drogues par voie intra veineuse</p>

Facteurs de risque de la Transmission Mère-Enfant du VIH

	Facteurs prouvés	Facteurs possibles
Obstétrical	<p>Accouchement par voie basse (comparé à césarienne programmée)</p> <p>Rupture des membranes de plus de 4 heures</p>	<p>Gestes traumatiques et invasifs : forceps, amniocentèse, épisiotomie,</p> <p>Versions par manœuvre externe,</p> <p>Hémorragie intrapartum</p>
Fœtal	Prématurité < 37 Semaines d'aménorrhée	
Allaitement	<p>Allaitement prolongé</p> <p>Pathologie des seins</p>	<p>Allaitement mixte</p> <p>Plaies buccales</p>

Facteurs associés à la transmission in utero et peri-partum du VIH

Maternels

- Charge virale plasmatique élevée
- Lymphocytes T4 bas
- Stade clinique avancé de la maladie
- Infection récente

Obstétricaux

- Rupture prématurée des membranes > à 4 heures
- Manœuvres obstétricales
- Mode d'accouchement

- Petit poids de naissance
- Prématurité
- Gémellité

Fœtaux

Facteurs associés à la transmission postnatale du VIH

Mère

- Charge virale élevée
- Séroconversion pendant l'allaitement
- Lymphocytes T4 bas
- Stade clinique avancé

Sein

- Mastites, engorgement
- Type d'allaitement (*mixte vs allaitement maternel exclusif*)
- Durée de l'allaitement

- Muguet buccal
- coïnfections

Enfant

Déterminants de non transmission du VIH

- Salutations et baisers simples
- Utilisation de mêmes ustensiles de cuisine
- Utilisation de même couvert
- Sport
- Utilisation de mêmes toilettes, douches, bureau, et couchette
- Sueur, respiration, toux
- Piqûres d'insectes: mouches, moustiques
- Natation dans la même piscine
- Utilisation des mêmes moyens de transport

Déterminants de la propagation du VIH

FEMME	JEUNES	CORPS HABILLES	MIGRANTS
<ul style="list-style-type: none"> • Pauvreté • Analphabétisme • Lévirat, sororat • Incapacité à négocier le préservatif • Anatomie de la femme • Subordination 	<ul style="list-style-type: none"> • Ignorance, • Inconscience • Mimétisme • Esprit de groupe 	<ul style="list-style-type: none"> • Mythe de l'uniforme : le port de l'uniforme donne le sentiment d'invulnérabilité • Missions loin des foyers conjugaux • Esprit de groupe 	<ul style="list-style-type: none"> • Populations appelées à faire des déplacements fréquents et prolongés hors du foyer conjugal. • En général ne respectent pas les mesures de prévention : <ul style="list-style-type: none"> ✓ faible utilisation des préservatifs chez les routiers, les saisonniers, et les personnes en mission.

Ampleur du VIH en CI

- Prévalence: 3,7%

Source EDS/MICS 2011-2012

- Hommes = 2,7% ; Femmes =4,6%
- Prévalence du VIH est plus élevée en milieu urbain 4,3%, qu'en milieu rural 3,1%

ONUSIDA 2022 prévalence=1,94%

- Hommes=1,7%
- Femmes=2,1%



III- IMPACT SOCIO ECONOMIQUE

Impact démographique

<i>Morbidité et mortalité</i>	<i>l'espérance de vie en CI</i>	groupes vulnérables
<ul style="list-style-type: none"> • VIH: 20% de la population vue dans les consultations de médecine des formations sanitaires urbaines. • VIH/sida: première cause de mortalité chez l'adulte. • VIH/sida : première cause de mortalité devant le paludisme et les pneumopathies en Afrique subsaharienne. 	<ul style="list-style-type: none"> • Réduction significative de l'espérance de vie (EV) entre 1990 et 2000: <ul style="list-style-type: none"> ✓ EV= 52 ans en 1990 et 46 ans en 2000 • EV en constante croissance depuis 2000 <ul style="list-style-type: none"> ✓ Après efforts: EV= 51 ans en 2012 	<ul style="list-style-type: none"> • Plus de 55% de la population totale des séropositifs sont des femmes. • Jeunes filles de 15 à 19 ans six fois plus atteintes que les garçons du même âge. • Près de la moitié des sujets infectés par le VIH le sont avant 25 ans et décèdent en moyenne 10 ans plus tard.

Impact socioéconomique 1/2

Sur le ménage

- Désintégration de la famille par :
 - Insécurité alimentaire
 - Dissolution des familles par le fait du divorce
 - Enfants séparés et répartis entre différents parents après le décès des parents
 - Augmentation du nombre des femmes chefs de famille
- Impact psychosocial sur les familles prenant soins des patients
- Nouveaux nés séropositifs, les orphelins et enfants vulnérables
- Veuvage en cas de décès d'un membre du couple

Sur le secteur de la santé

- Augmentation des besoins en soins de santé.
- Taux d'occupation des lits par les malades du sida au SMIT est supérieur à 80 %.
- Augmentation de la morbidité et de la mortalité du personnel de santé
- Réduction en qualité et en quantité de personnels de la santé (mise à la retraite, décès d'agents qualifiés),
- Surcharge de travail du fait de la morbidité, de la mortalité
- Réémergence des maladies liées au VIH/sida (tuberculose).

Impact socioéconomique 2/2

Sur l'agriculture

- Réduction de la production agricole et abandon des champs
- Diminution des devises du fait de la baisse de production des produits d'exportation
- Perte de terres, de maison et de biens physiques
- Jeunes adultes productifs des régions agricoles paient un lourd tribut à la maladie,
- Lien entre VIH/sida et famine.
- Décès liés au sida chez les agriculteurs peuvent provoquer un effondrement de la production agricole pouvant atteindre 60%.

Sur les entreprises

- Augmentation de l'absentéisme (dans les entreprises, le taux d'absentéisme est 4 fois plus élevé chez les PVVIH non suivis)
- Baisse de la productivité
- Surcoût en termes de formation
- Accroissement des charges salariales.
- Accroissement des dépenses de santé.
- Accroissement des Frais de funérailles.

Sur l'éducation

- Baisse du taux de scolarisation;
- Augmentation du taux de mortalité et de morbidité des enseignants;

RECAPITULATIF

1. Qu'est ce que le VIH ?
2. Qu'est ce que le SIDA ?
3. Citez les modes de transmission du virus du VIH
4. Citez les déterminants de non transmission de l'infection à VIH
5. Citez les déterminants de propagation de l'infection à VIH
6. Citez deux impacts du VIH/Sida sur l'éducation



INSTITUT NATIONAL DE FORMATION DES AGENTS DE SANTE - INFAS

Bld de Marseille, 18 BP 720 Abidjan 18, Tel.: (225) 21005660 / 21001906 – Email: info@infas.ci – site web: www.infas.ci



ETIOPATHOGENIE, HISTOIRE NATURELLE ET CLASSIFICATION DE L'INFECTION A VIH

Pool de formateurs VIH - INFAS

INSTITUT NATIONAL DE FORMATION DES AGENTS DE SANTE - INFAS

Bvd de Marseille, 18 BP 720 Abidjan 18, Tel.: (225) 21005660 / 21001906 – Email: info@infas.ci – site web: www.infas.ci

Objectifs

Objectif général :

A la fin du chapitre l'étudiant devra être capable d'expliquer l'étiopathogénie, l'histoire naturelle du VIH/Sida et classer les patients.

Objectifs spécifiques

1. Expliquer l'action du VIH sur les cellules du système immunitaire
2. Décrire les différentes phases de l'évolution de l'infection à VIH
3. Décrire les particularités évolutives du VIH chez l'enfant
4. Classer les clients infectés par le VIH selon les données cliniques et immunologiques

PLAN DU COURS

- I. Etiopathogénie.
- II. Histoire naturelle de l'infection à VIH
- III. Particularités évolutives du VIH chez l'enfant
- IV. Classification des clients infectés par le VIH selon les données cliniques et immunologiques



I. ETIOPATHOGÉNIE.

AGENT PATHOGENE

Taxonomie 1/2

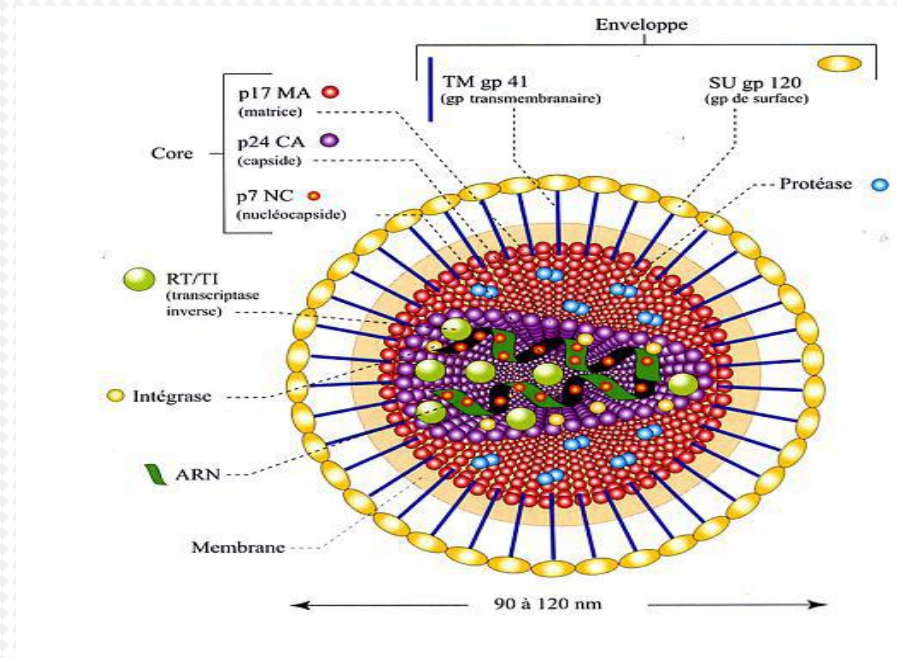
- Virus de la famille des rétrovirus appelé Virus de l'Immunodéficience Humaine (VIH).

- Rétrovirus :
 - virus à ARN caractérisés par la présence d'une enzyme appelée transcriptase inverse (reverse transcriptase) qui transforme l'ARN viral en ADN pour se multiplier.

STRUCTURE DU VIH

Le VIH est un Rétrovirus caractérisé par :

- Sa taille de 90 à 120 nm
- Une enveloppe avec des glycoprotéines de surface dont la gp120 et la gp41 (VIH1)
- Une capside ou core
- Deux brins d'ARN monocaténaire
- Des enzymes (reverse transcriptase, intégrase, protéase)



Structure du VIH-1 d'après « Traité de virologie médicale », J.M.Huroux, éditions Estem, France, 2003.

Cellules cibles

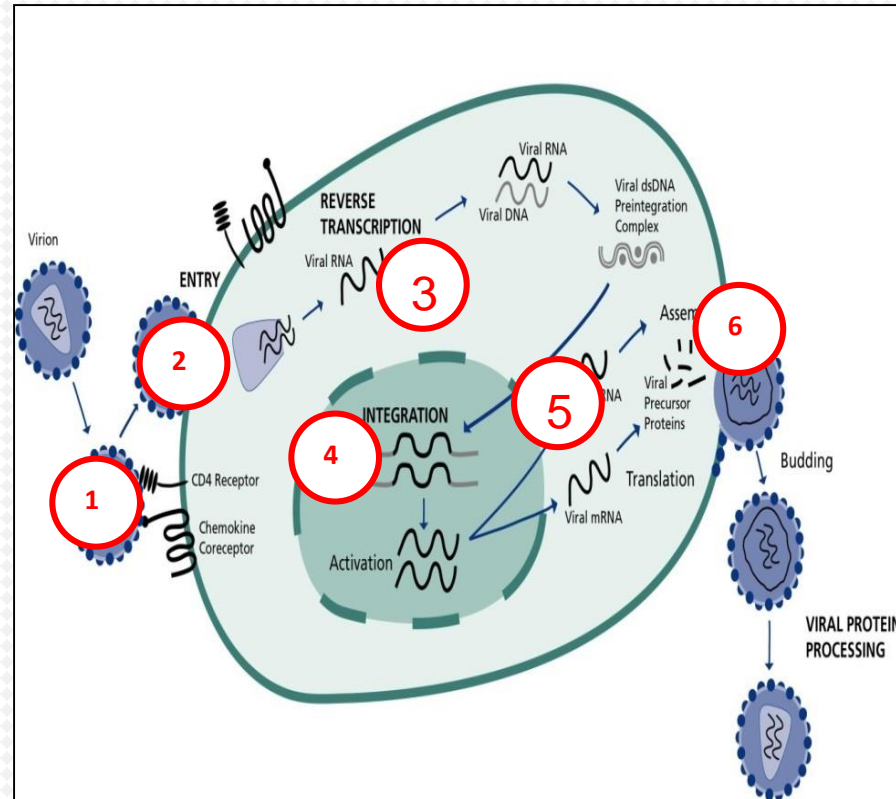
Cellules de l'immunité qui possèdent à leur surface le récepteur CD4 :

- Lymphocytes T4
- Monocytes / macrophages
- Autres cellules (microgliales, folliculaires dendritiques, Langerhans)

Cycle de réplication

La réplication virale a pour conséquence le transfert du matériel génétique du VIH dans celui des cellules cibles:

1. *Reconnaissance des cellules cibles*
2. *Pénétration du virus*
3. *Rétro transcription (transcriptase inverse ou reverse transcriptase)*
4. *Intégration (L'intégrase virale)*
5. *Production des particules virales*
6. *Libération de virions*



Pathogénie

- Les anticorps anti-VIH sont inefficaces sur le virus.
- Les macrophages et leurs dérivés (cellules dendritiques et autres) du fait de leur localisation dans des nodules lymphoïdes (ganglions) constituent des réservoirs de virus (même sous ARV).
- Le VIH entraîne une destruction progressive des lymphocytes T4 conduisant au déficit immunitaire qualitatif et quantitatif

II. HISTOIRE NATURELLE DE L'INFECTION À VIH

Evolution

- Trois stades d'évolution:
 1. Primo-infection: 3 mois
 2. Latence: asymptomatique (4-10ans)
 3. sida: (1-2 ans)
 - Fièvre, amaigrissement, diarrhée
 - infections opportunistes

1. Primo infection

- Durée moyenne de 3 mois
- Multiplication active du virus 2 à 4 semaines après le contact infectant
- Symptomatique dans 20% des cas
 - Syndrome pseudo-grippal (malaise général, fièvre, algies diffuses)
 - Syndrome mononucléosidique (éruptions cutanées morbilliformes, adénopathies, splénomégalie)
 - Tableau de méningo-encéphalite

1. Primo infection

- Disparition spontanée des manifestations cliniques en quelques jours (8 – 15 jours)
- Biologie
 - Hémogramme : augmentation du pourcentage des lymphocytes, présence de lymphocytes atypiques et de monocytes hyper basophiles (> 10%)
- Sérologie VIH négative mais la séroconversion (apparition des anticorps anti-VIH) survient 1 à 3 mois après la contamination
- Charge virale souvent élevée
- Antigène p24 peut être positif
- Culture virale positive

2. Phase de latence 1/2

- Durée : 3 ans à plus de 10 ans
- 2 formes cliniques :
 - Asymptomatique
 - Symptomatique : candidose buccale, zona, folliculite, fièvre, condylomes, lymphadénopathie généralisée persistante symétrique indolore évoluant depuis plus de 3 mois

2. Phase de latence 2/2

- Biologie:
 - Sérologie VIH positive
 - Taux CD4 $> 350/\text{mm}^3$ ou $>20\%$
 - Charge virale peu élevée

3. Stade sida

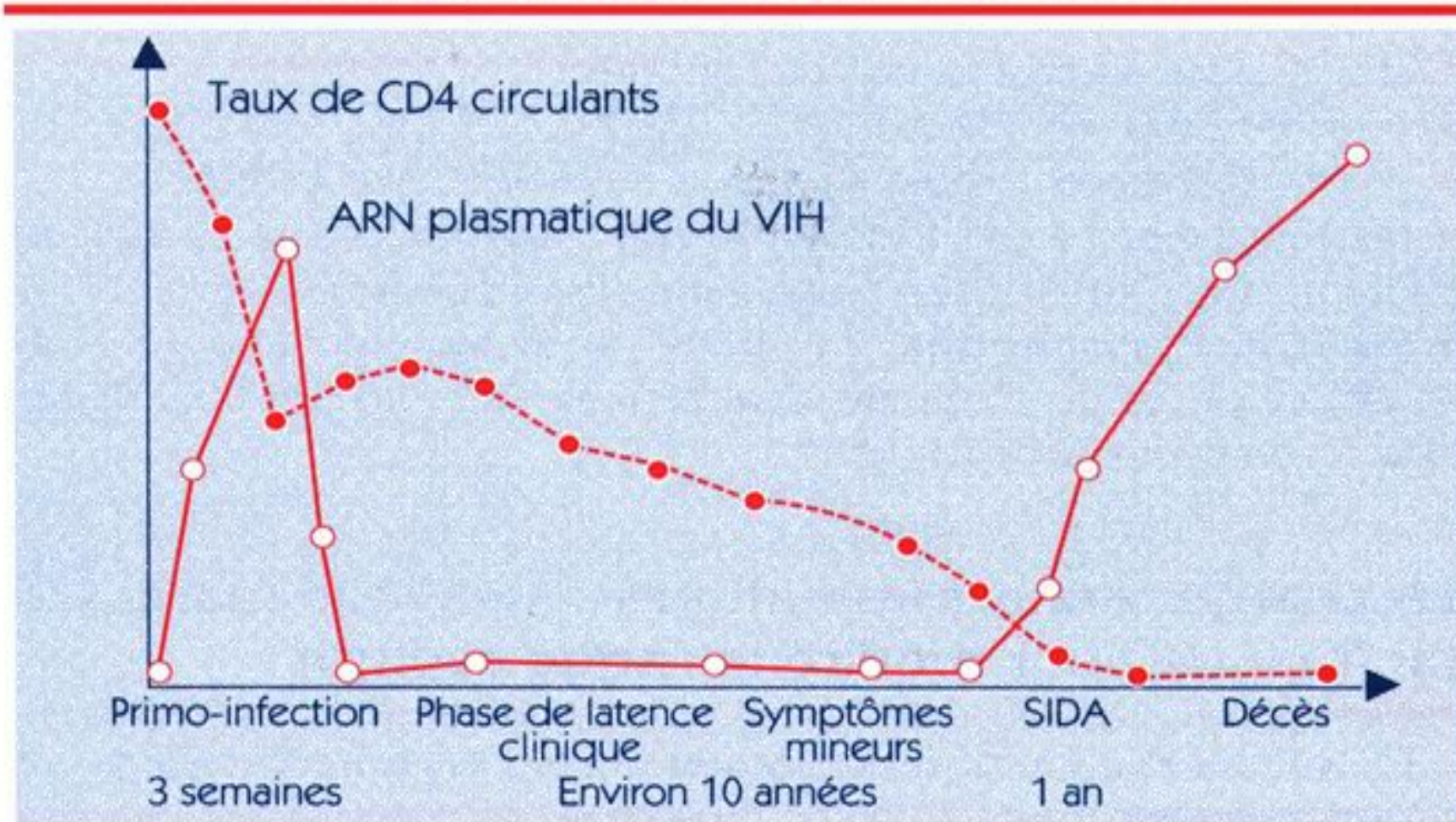
- Forme clinique terminale
- Symptômes
- Amaigrissement : perte de poids $\geq 10\%$
- Fièvre modérée persistante, continue ou intermittente > 1 mois
- Diarrhée chronique continue, intermittente > 1 mois

Stade sida

- Infections opportunistes (IOs)
- Proliférations malignes
- Biologie
 - Sérologie VIH positive
 - Taux CD4 < 200/mm³ ou <15%
 - Charge virale très élevée

Evolution de la maladie au cours du temps

Évolution de l'infection au cours du temps (Réf. 1)





III. PARTICULARITÉS ÉVOLUTIVES DU VIH: CAS DE L'ENFANT

Cas l'enfant 1/4

- Contamination mère-enfant :
 - 95% des cas et constitue la primo-infection principale de l'enfant.
- Evolution :
 - différente de celle de l'adulte.
 - passage à la phase sida est beaucoup plus rapide selon deux modes évolutifs :
 - Évolution précocement sévère
 - Évolution lentement progressive

Cas de l'enfant: modes évolutifs de l'infection à VIH 2/4

Evolution de l'infection à VIH	Précocement sévère	progression lente
Contamination	In utero	Per partum, allaitement
Apparition du sida	3 à 15 mois	2 ans à plus de 10 ans
Signes cliniques	<ul style="list-style-type: none"> • Adénopathies • Splénomégalie • Candidose • Retard de croissance • los graves à répétitions • Encéphalopathie 70-80 % 	<ul style="list-style-type: none"> • Retard statural et pubertaire • Infection bactérienne • Pneumopathie • Parotidite chronique
Survie moyenne	Moins de 10% à 5 ans	95% à 5ans

Cas de l'enfant 3/4

l'évolution de l'infection à VIH des enfants infectés en période périnatale selon l'OMS: 3 catégories

1	<i>Progresseurs rapides (25%-30%)</i>	<ul style="list-style-type: none">• Infection in utero ou au cours de la période périnatale précoce• Décès avant l'âge de un an.
2	<i>Enfants développant précocement des symptômes (50 % à 60 %)</i>	<ul style="list-style-type: none">• Dégradation rapide de l'état clinique• Décès entre 3 et 5 ans d'âge.
3	<i>Survivants à long terme (5 % à 25 %)</i>	<ul style="list-style-type: none">• Infection au cours de l'allaitement.• Décès au-delà de l'âge de 8 ans.

Cas de l'enfant 4/4

- Modes de contamination autre que la contamination périnatale
 - Le mode d'évolution est superposable à celui de l'adulte avec les 3 stades d'évolution.



IV. EVALUATION CLINIQUE ET CLASSIFICATION DES PATIENTS INFECTÉS PAR LE VIH

EVALUATION CLINIQUE DU PATIENT

Interrogatoire

- Identification du client
- Motif de consultation
- Histoire de l'évolution de la maladie
- Antécédents du malade

Signes généraux

- Constantes (Pouls, T°, TA, Poids, PB)
- Signes d'altération de l'état général
- Indice de Karnofsky

EVALUATION CLINIQUE DU PATIENT

Examen appareil par appareil

Commence de préférence par l'appareil le plus concerné.

Ensuite voir les autres appareils :

- Appareil digestif
- Appareil spléno-ganglionnaire
- Appareil locomoteur
- Appareil cardiovasculaire

INDICE DE KARNOFSKY

Degré d'activité	Activité
100%	Activité normale, pas de signe.
90%	Activité normale, signes mineurs.
80%	Activité normale avec efforts, signes.
70%	Habilité à s'occuper de soi mais incapacité pour activité ou travail.
60%	Besoin d'assistance occasionnelle, activité de base possible.
50%	Besoin d'assistance considérable et de soins médicaux fréquents.
40%	Incapacité, nécessite une assistance et besoins médicaux spéciaux.
30%	Incapacité sévère, hospitalisation sans menace vitale.
20%	Très malade, hospitalisation nécessaire.
10%	Moribond, progressant rapidement vers la mort.

CLASSIFICATIONS

Classification clinique OMS (1990): Pour les adultes et adolescents

Stade	Signes cliniques	Degré d'activité
Stade I	<ul style="list-style-type: none"> Asymptomatique Adénopathie persistante généralisée 	asymptomatique, activité normale
Stade II	<ul style="list-style-type: none"> Perte de poids >10 % du poids corporel Manifestations cutanéomuqueuses mineures : dermatite séborrhéique, prurigo, atteinte fongique des ongles, ulcérations buccales récurrentes, chéillite Zona au cours des 5 dernières années Infections récidivantes des voies respiratoires supérieures 	symptomatique activité normale

Classification clinique OMS (1990): Pour les adultes et adolescents

Stade	Signes cliniques	Degré d'activité
Stade III	<ul style="list-style-type: none"> • Perte de poids supérieure à 10 % du poids corporel • Diarrhée chronique inexpliquée pendant plus de 1 mois • Fièvre prolongée inexpliquée (intermittente ou constante) pendant plus de 1 mois • Candidose buccale (muguet) • Leucoplasie orale chevelue buccale • Tuberculose pulmonaire, dans l'année précédente • Infections bactériennes sévères (pneumopathies, pyomyosite par exemple) 	Patient alité moins de la demi-journée pendant le dernier mois

Classification clinique OMS (1990): Pour les adultes et adolescents

Stade	Signes cliniques	Degré d'activité
<p>Stade IV</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Syndrome cachectisant du VIH • Pneumopathie à Pneumocystis jiroveci • Toxoplasmose cérébrale • Cryptosporidiose, accompagnée de diarrhée pendant plus d'un mois • Cryptococcose extra pulmonaire • Cytomégalovirus touchant un autre organe que le foie, la rate, les ganglions • Herpès cutanéomuqueux pendant plus de 1 mois ou viscéral quelle qu'en soit la durée • Leucoencéphalopathie Multifocale Progressive ou LEMP 	

Classification clinique OMS (1990): Pour les adultes et adolescents

Stade	Signes cliniques	Degré d'activité
<p>Stade IV</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Toute mycose endémique généralisée (histoplasmosse, coccidioïdomycose) • Candidose œsophagienne, trachéale, bronchique ou pulmonaire • Mycobactériose atypique généralisée • Septicémie à Salmonella non typhiques • Tuberculose extrapulmonaire • Lymphome • Sarcome de Kaposi • Encéphalopathie 	<p>Patient alité plus de la demi-journée pendant le dernier mois</p>

Classification du VIH/sida pédiatrique révisée de l'OMS (2005)

Stade clinique	Signes cliniques
Stade 1	<ul style="list-style-type: none">• asymptomatique• Adénopathies persistantes généralisées• Hépatosplénomégalie
Stade 2	<ul style="list-style-type: none">• Eruptions prurigineuses papuleuses• Dermatoses séborrhéiques• Septicémie à papillomavirus• Septicémie à Molluscum contagiosum• Ulcérations buccales à répétition (Érythème gingival linéaire)• Onychomycose• Parotidites chroniques• Herpès zostère• Infections ORL chroniques ou récidivantes (otite, sinusite 2 épisodes ou plus au cours d'une période de 6 mois)• Chéilites angulaires

Classification du VIH/sida pédiatrique de l'OMS (2005)

Stade clinique	Signes cliniques
Stade 3	<ul style="list-style-type: none">● Malnutrition modérée inexpliquée ne répondant pas au traitement standard● Diarrhée persistante inexpliquée (14 jours ou plus)● Fièvre persistante inexpliquée intermittente ou constante ($> 37^{\circ}5C$ de durée $>$ un mois)● Candidose buccale (en dehors de la période néonatale)● Leucoplasie orale● gingivite ou parodontite intense, ulcérante et nécrosante● Tuberculose pulmonaire● Pneumonie sévère à répétition présumée bactérienne (2 épisodes ou plus au cours d'une période de 6 mois)

Classification du VIH/sida pédiatrique l'OMS (2005)

Stade clinique	Signes cliniques
Stade 3	<ul style="list-style-type: none">● Infection VIH associée à une pneumopathie chronique incluant une bronchectasie● Pneumopathie lymphoïde interstitielle (LIP)● Anémie inexpliquée ($<8\text{g/dl}$), et/ou neutropénie inexpliquée ($<1000/\text{mm}^3$), et/ou thrombopénie ($< 50000/\text{mm}^3$) supérieure à un mois● Infection VIH associée à une cardiomyopathie ou néphropathie

Classification du VIH/sida pédiatrique l'OMS (2005)

Stade clinique	Signes cliniques
Stade 4	<ul style="list-style-type: none">• Perte de poids importante inexplicquée ou malnutrition sévère ne répondant pas correctement au traitement standard• Pneumopathie à Pneumocystis jiroveci• Infections récurrentes sévères (2 épisodes par an), présumées bactériennes (empyème, pyomyosite, ostéite ou arthrite, méningite, sauf pneumonie)• Herpès chronique (cutanée ou labiale de plus d'un mois de durée)• Tuberculose extra pulmonaire• Sarcome de Kaposi• Candidose œsophagienne• Toxoplasmose cérébrale (en dehors de la période néonatale)• Encéphalopathie à VIH

Classification du VIH/sida pédiatrique l'OMS (2005)

Stade clinique	Signes cliniques
Stade 4	<ul style="list-style-type: none">• Infection à CMV=CytoMegaloVirus (rétinite à CMV ou infection d'organes en dehors du foie, de la rate, et d'adénopathies, à partir d'un mois de vie, ou au delà)• Cryptococcose extra pulmonaire, incluant la méningite• N'importe quelle mycose disséminée (histoplasmosse extra pulmonaire, coccidiomycose pulmonaire)• Cryptosporidiose (maladie diarrhéique)• Isosporose (coccidiose intestinale)• Mycobactériose atypique disséminée• Candidose trachéale, bronchique, ou pulmonaire• Infection à Herpès Simplex viscérale• Lymphome cérébral non hodgkinien• Leuco encéphalopathie multifocale progressive• Infection VIH associée à une fistule rectale

Classification CDC

- **Cette classification combine les signes cliniques et le taux de lymphocytes CD4**

Pour les adultes et adolescents > 13 ans (1993)

CATEGORIE	Signes cliniques
A	<ul style="list-style-type: none"> • Asymptomatique • Primo-infection • Lymphadénopathie généralisée persistante
B	<ul style="list-style-type: none"> • Candidose oro-pharyngée • Candidose vaginale persistante, fréquente • Dysplasie du col • Fièvre ou diarrhée > 1 mois • Leucoplasie chevelue de la langue • Zona récurrent • Purpura thrombocytopénique idiopathique • Neuropathie périphérique
C	<ul style="list-style-type: none"> • Candidose bronchique, trachéale ou pulmonaire • Candidose œsophagienne • Cancer invasif du col • Cryptococcose extra pulmonaire • Cryptosporidiose intestinale > 1 mois

Pour les adultes et adolescents > 13 ans (1993)

CATEGORIE	Signes cliniques
C	<ul style="list-style-type: none">• Rétinite à CMV• Toxoplasmose cérébrale• Syndrome cachectique lié au VIH• Leucoencéphalopathie multifocale progressive• Isosporose intestinale chronique > 1 mois• Sarcome de Kaposi• Histoplasmosse disséminée• Infection à Mycobacterium tuberculosis• Infection à Mycobacterium avium ou kansasii• Pneumonie à Pneumocystis jiroveci• Pneumopathie bactérienne récurrente• Septicémie à Salmonella non typhique récurrente• Lymphome cérébral primaire

Classification CDC *enfants < 13 ans (CDC 1994)*

CATEGORIES	
N	Asymptomatique
A	Symptômes mineurs <ul style="list-style-type: none">• Lymphadénopathie, hépatosplénomégalie, dermatose, parotidite, infection ORL ou bronchique à répétition
B	Symptômes modérés <ul style="list-style-type: none">• Infection bactérienne, pneumopathie lymphoïde, anémie, thrombopénie, neutropénie, zona, néphropathie, candidose ou herpès buccal récidivant, cardiopathie (liste non limitative)
C	Symptômes sévères <ul style="list-style-type: none">• Infection opportuniste, infection bactérienne sévère répétée, encéphalopathie, lymphome ou cancer, cachexie.

Classification immunologique:

Tableau VII : Classification CDC 1994

Catégories immunitaires	< 12 mois	1 – 5 ans	6 – 12 ans
Absence de déficit immunitaire	> 1 500/mm ³ > 25 %	> 1 000/mm ³ > 25 %	> 500/mm ³ > 25 %
Déficit modéré	750 – 1 499/mm ³ 15 – 24 %	500 – 1 000/mm ³ 15 - 24 %	200 - 499/mm ³ 15 - 24 %
Déficit sévère	< 750/mm ³ < 15 %	< 500/mm ³ < 15 %	< 200/mm ³ < 15 %

RECAPITULATIF

1. Citez les stades d'évolution de l'infection à VIH
2. Citez les deux modes d'évolution de l'infection à VIH chez l'enfant
3. Pourquoi faut-il classer le malade?
4. Combien de type de classification existe-t-il?
5. Sur quels critères se base-t-on pour réaliser la (les) classification(s)?



INSTITUT NATIONAL DE FORMATION DES AGENTS DE SANTE - INFAS

Bvd de Marseille, 18 BP 720 Abidjan 18, Tel.: (225) 21005660 / 21001906 – Email: info@infas.ci – site web: www.infas.ci

CHAP4 SERVICES DE DEPISTAGE DE L'INFECTION A VIH

Pool de formateurs VIH - INFAS

OBJECTIFS

Objectif général

A la fin de ce module, l'étudiant sera à mesure d'offrir les services de dépistage du VIH de qualité au client

Objectifs spécifiques

1. Assurer le diagnostic biologique de l'infection
2. Réaliser le dépistage par les tests rapides
3. Expliquer les stratégies de dépistage au niveau national
4. Assurer la réalisation d'un DBS
5. Assurer la qualité des services de dépistage
6. Conduire le conseil au poste de dépistage

PLAN

1. **DIAGNOSTIC BIOLOGIQUE DE L'INFECTION A VIH**
2. **STRATEGIE DE DEPISTAGE DE L'INFECTION A VIH**
3. **PROCEDURES DE PRELEVEMENT CAPILLAIRE ET DE REALISATION DE TESTS RAPIDES DU VIH ET DE DBS**
4. **PROCEDURE DE CONTRÔLE DE LA QUALITE DES SERVICES DE DEPISTAGE DU VIH**
5. **CONSEIL AU POSTE DE DÉPISTAGE.**

I. DIAGNOSTIC BIOLOGIQUE DE L'INFECTION A VIH

METHODES DE DIAGNOSTIC

- Méthodes de diagnostic direct
- Méthodes de diagnostic indirect

METHODES DE DIAGNOSTIC DIRECT (1)

- Principe: mise en évidence de tout ou une partie du virus.
- Comportent :
 1. culture virale
 2. recherche de l'antigène p24
 3. dosage de la transcriptase inverse
 4. recherche du matériel génétique (Biologie moléculaire)

METHODES DE DIAGNOSTIC INDIRECT OU SEROLOGIQUE

PRINCIPE	VIH 1	VIH 2
Mise en évidence des anticorps anti-VIH	anticorps anti-gp41 et anti-gp120	anti-gp36 et anti-gp140
TYPES DE TEST SEROLOGIQUE		
Test de Dépistages	Avantages	Limites
1. Tests rapides	Avantages: faisabilité, rapidité (<30mn)	Pas adapté aux grandes séries (>50 tests/jour)
2. Tests ELISA	<ul style="list-style-type: none"> adapté aux grandes séries (>50 tests/jour) Technique automatisable 	<ul style="list-style-type: none"> long délai des résultats Nécessite une chaîne ELISA (enzyme linked immunosorbent assay) et un personnel qualifié.
Test de confirmation: Western blot et les tests immuno-analyse en ligne ou line immuno-assay (LIA)	<ul style="list-style-type: none"> grande spécificité 	coût élevé

II. STRATEGIE DE DEPISTAGE DE L'INFECTION A VIH

TEST RAPIDE DE DÉPISTAGE DU VIH

- Un test rapide de dépistage :
 - est un test permettant de détecter les anticorps anti VIH
 - donne un résultat en moins de 20 minutes.
- Les tests rapides sont d'exécution simple , rapide et de lecture facile.

AVANTAGES DES TESTS RAPIDES DE DÉPISTAGE

Au niveau du prestataire et de sa structure

- réalisation par des prestataires non personnel de laboratoire, formés à cet effet ;
- certains tests peuvent être conservés à température ambiante
- ne nécessitent pas pour leur utilisation un équipement spécialisé
- peuvent être réalisés facilement en dehors du laboratoire d'analyse médicale
- Le dépistage par les tests rapides augmente la réponse du centre aux besoins des clients.

AVANTAGES DES TESTS RAPIDES DE DÉPISTAGE

Au niveau du client

- Les tests offrent une plus grande satisfaction car les résultats peuvent être communiqués le même jour.
- Certains tests présentent une plus grande acceptabilité car ne nécessitent que quelques gouttes de sang prises au bout du doigt

PRINCIPES DES TESTS RAPIDES DE DÉPISTAGE

- Le principe des tests rapides comme celui des tests ELISA est basé sur la réaction antigène –Anticorps (mise en évidence des anti-corps anti VIH).
- Les Ag VIH-1 et/ou VIH-2 sont au préalable fixés sur le support de réaction (cassette, bandelette etc).
- Au cours de la réaction les anticorps anti-VIH-1 et / ou anticorps anti-VIH-2 éventuellement présents dans le sérum ou le plasma ou sang total à tester vont spécifiquement se lier aux antigènes correspondants.

Formats des tests rapides VIH

- **Cassette:** STAT PAK



- **Bandelettes:** Determine



- **Lame capillaire :** Capillus



CRITÈRES DE CHOIX DES TESTS VIH

- Sensibilité (100%): capable de détecter correctement les échantillons contenant des Ac anti VIH
- Spécificité (> 98%): permet de détecter correctement les échantillons qui ne contiennent pas d'anticorps anti VIH.
- Objectifs du dépistage (sécurité transfusionnelle, greffe d'organes),
- surveillance épidémiologique et diagnostic
- Détection et/ou discrimination des VIH-1 et VIH-2
- Simplicité, coût, conditions de stockage
- Prévalence

==> Aucun test ne remplit l'ensemble des critères
Nécessité de combiner 2 ou plusieurs tests VIH

ALGORITHMES ET STRATEGIES DE DEPISTAGE

Définition

Un algorithme est une combinaison ou une séquence de tests.

Il existe 2 types d'algorithmes :

– Algorithme de tests en parallèle :

- échantillons testés simultanément par 2 ou plusieurs tests différents

– Algorithme de tests en série:

- échantillons testés par un 1^{er} test (sensible)
- seuls les échantillons positifs seront testés à nouveau par 1 ou plusieurs autres tests (spécifiques).

NB: algorithme en série de tests rapides utilisé en Côte d'Ivoire



DIAGNOSTIC CHEZ L'ENFANT DE MOINS DE 9 MOIS

DIAGNOSTIC PÉDIATRIQUE DU NOURRISSON

- **Outils diagnostiques**

- Diagnostic biologique indispensable pour confirmer l'infection à VIH. Chez l'enfant, 2 types de tests biologiques peuvent être utilisés :
 - ✓ Le test virologique par la PCR diagnostic précoce
 - ✓ Le test sérologique (test rapide)
- But du diagnostic biologique : réaliser un diagnostic pédiatrique précoce des nourrissons infectés par le VIH et initier immédiatement le traitement antirétroviral chez les enfants infectés par le VIH.

- **En cas d'allaitement**

- Risque permanent de contamination de l'enfant par le VIH
- Enfant allaité considéré définitivement comme non infecté si PCR ou sérologie réalisée 6 semaines après la fin de l'allaitement est négative.

DIAGNOSTIC PÉDIATRIQUE DU NOURRISSON

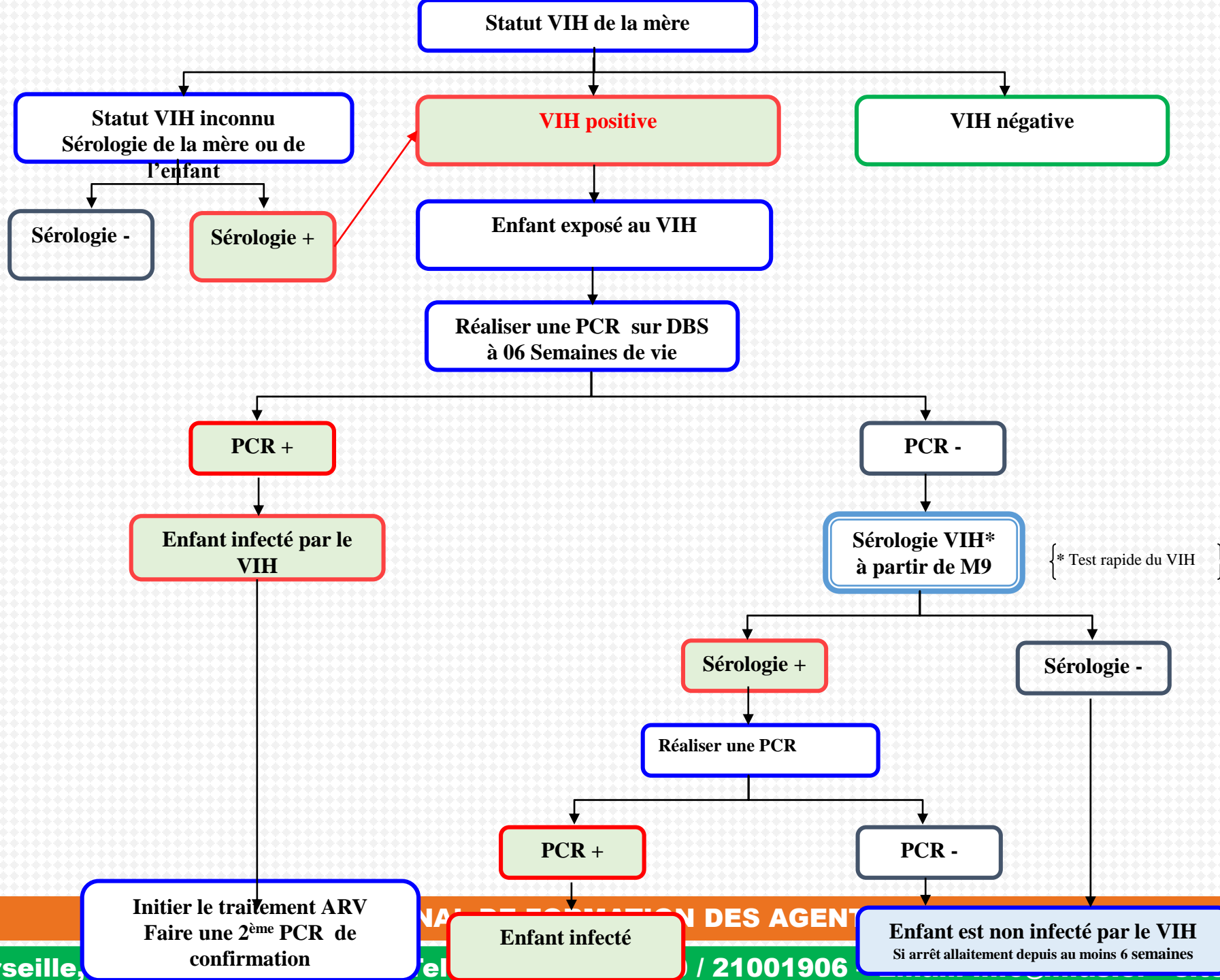
• Stratégie de diagnostic de l'enfant

- Le diagnostic repose sur l'application de l'algorithme ci-dessous.
- Le diagnostic initial repose sur la PCR qui doit être réalisée à partir de la 6^{ème} semaine de vie.
- Si le nourrisson est allaité, le test biologique définissant son statut final devra être réalisé 6 semaines après l'arrêt de l'allaitement.
- A partir de 9 mois, réaliser le test sérologique chez tous les enfants exposés (ceux ayant eu une PCR négative à partir de la -6^{ème} semaine de vie et ceux n'ayant pas bénéficié de la PCR). En cas de sérologie positive, réaliser une PCR de confirmation.
- Chez l'enfant symptomatique du Sida, un test sérologique positif est fortement évocateur de son statut VIH positif et doit permettre d'initier le traitement et être confirmé par une PCR avant 18 mois ou un deuxième test sérologique à partir de 18 mois.

DIAGNOSTIC PÉDIATRIQUE DU NOURRISSON

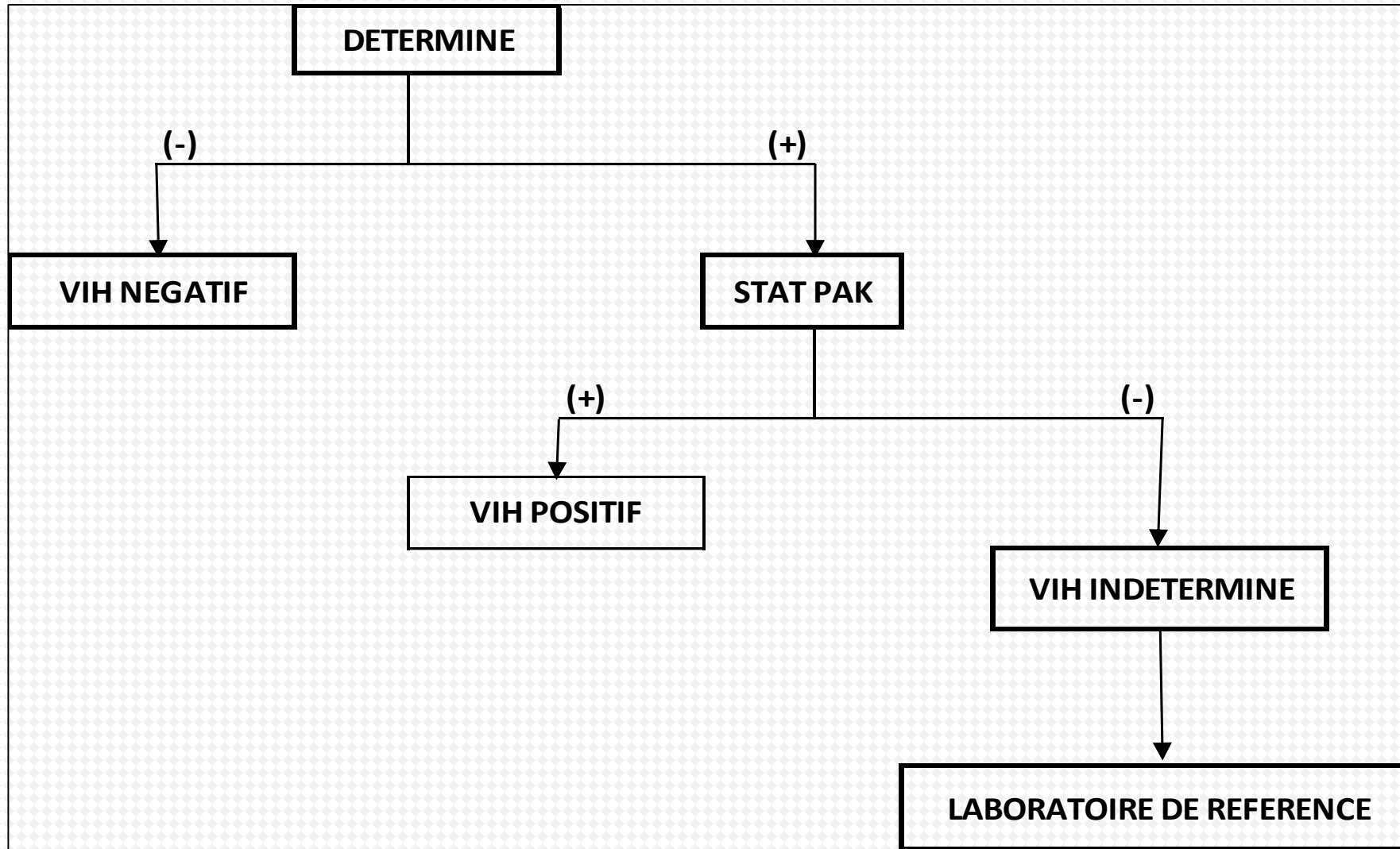
Statut final des enfants

- **Un enfant exposé au VIH est considéré infecté par le VIH :**
 - si la 1^{ère} PCR est positive. Toutefois, une deuxième PCR de confirmation est nécessaire du fait des risques d'erreur de manipulation ou d'étiquetage. Le traitement devra être immédiatement initié et ce même avant les résultats de confirmation.
 - Si un test sérologique est positif après le 9^{ème} mois de vie et confirmé par une PCR positive
 - Si un test sérologique est positif après le 9^e mois de vie et confirmé par un deuxième test positif après le 18^e mois
- **Un enfant exposé au VIH est considéré non infecté par le VIH**
 - Si l'enfant n'est plus allaité depuis au moins six semaines et si la PCR ou la sérologie est négative.

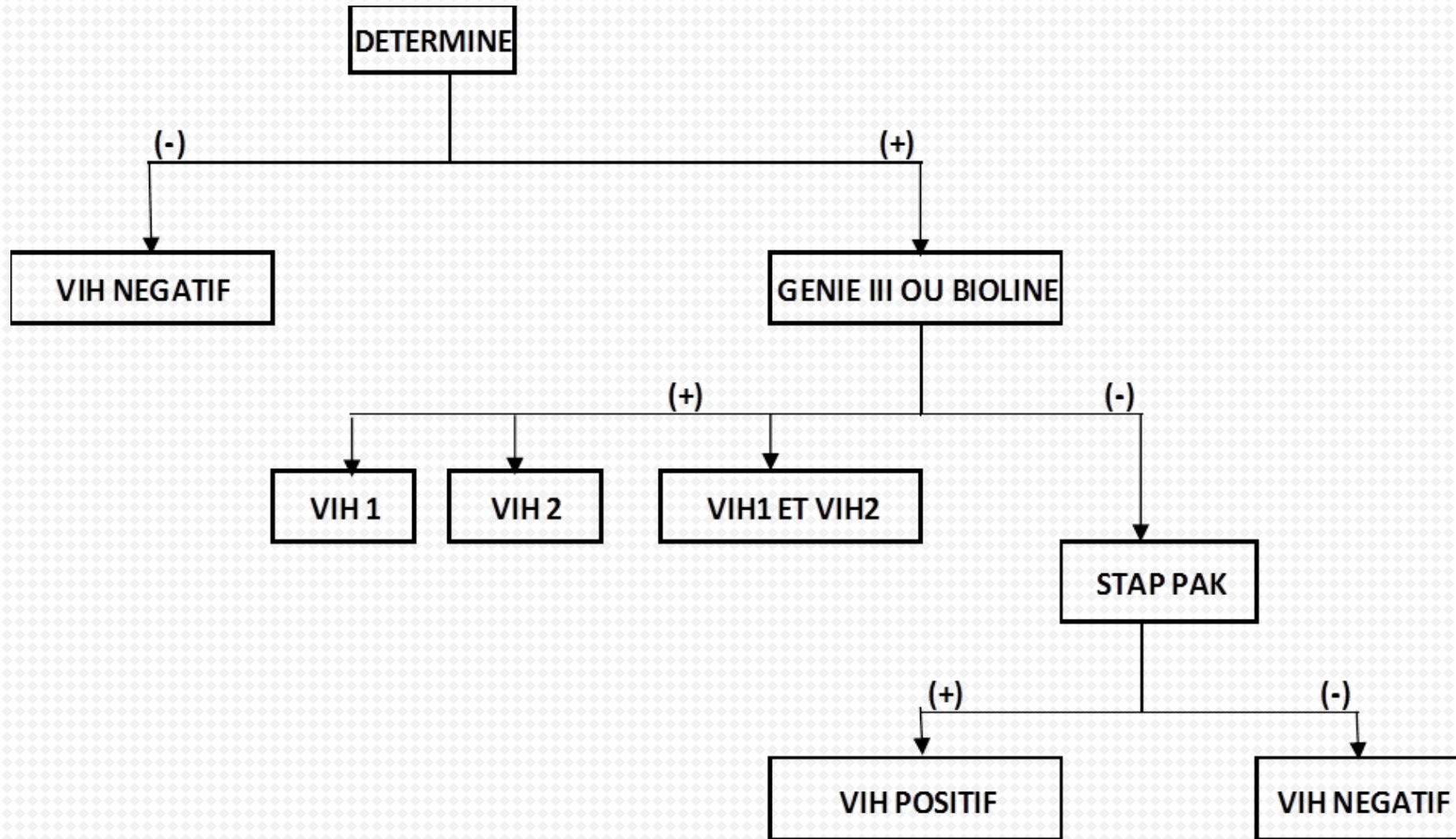


ALGORITHME NATIONAL DE DIAGNOSTIC BIOLOGIQUE DU VIH CHEZ L'ADULTE ET L'ENFANT DE PLUS DE 9 MOIS

ALGORITHME EN VIGUEUR AU POSTE DE DÉPISTAGE



ALGORITHME NATIONAL DE DIAGNOSTIC BIOLOGIQUE DU VIH CHEZ L'ADULTE ET L'ENFANT DE PLUS DE 9 MOIS *ALGORITHME EN VIGUEUR AU LABORATOIRE*



III. PROCEDURES DE PRELEVEMENT CAPILLAIRE ET DE REALISATION DE TESTS RAPIDES DU VIH ET DE DBS

Sélection et préparation du site de prélèvement

Pour les enfants de 6 semaines à 11 mois, le site de collecte est fonction du poids ou de l'âge de l'enfant :

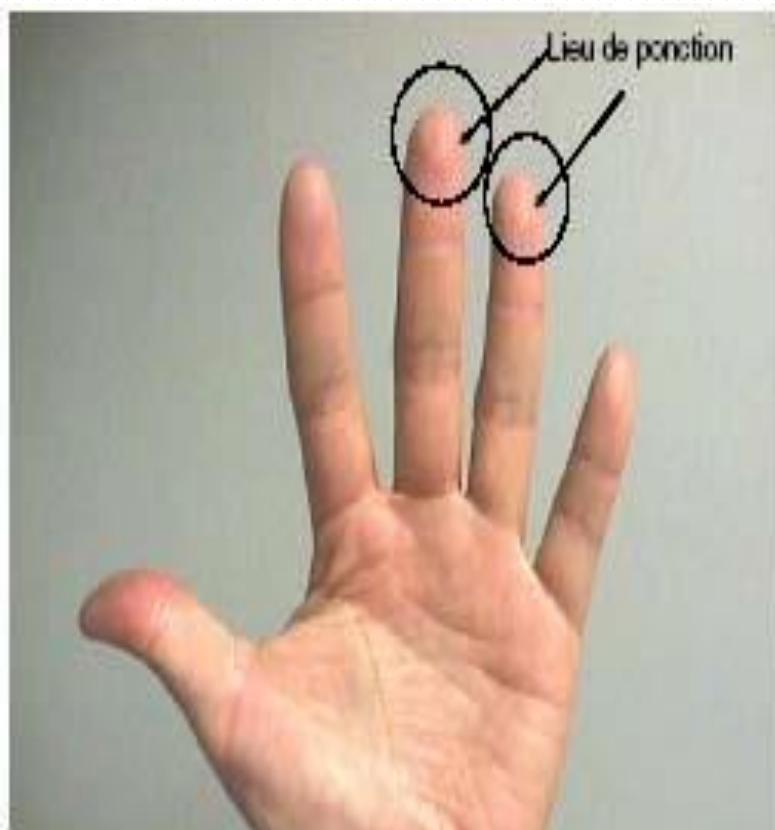


Le gros orteil pour les enfants âgés 4-10 mois ou pesant plus de 5kg

Le talon pour les enfants âgés de 1-4 mois ou pesant moins de 5kg

Sélection et préparation du site de prélèvement

- Pour les enfants de 12 mois ou plus et pour les adultes le bout du doigt est plus indiqué



- Le prélèvement sera plus facile si vous vous asseyez du côté opposé à la main du sujet
- Utilisez l'annulaire ou le majeur pour prélever le sang.
- N'utilisez pas un doigt ayant une cicatrice, blessure, entaille, infection, œdème, difformité, boutons, callosité, ou portant une bague

Phase analytique (1)

enfants de 1 à 4 mois ou pesant moins de 5kg :



Chauffer le site de ponction

INSTITUT NATIONAL DE FORMATION DES AGENTS DE SANTE - INFAS

Demander à la mère de
porter l'enfant à l'épaule

Phase analytique (2)



Presser la lancette contre la
peau de l'enfant



Nettoyer la première goutte
avec un coton sec

Phase analytique (3)



Laisser une carte blanche se former et
toucher la légèrement avec la carte

Remplir au moins trois cercles

INSTITUT NATIONAL DE FORMATION DES AGENTS DE SANTE - INFAS

Phase analytique (4)

- Enfants de 4 à 10 mois ou pesant plus de 5kg:



Nettoyer la première goutte
à l'aide de coton sec



Toucher la goutte avec la carte

Phase analytique (5)

- Enfant de 12 mois ou plus et Adulte:



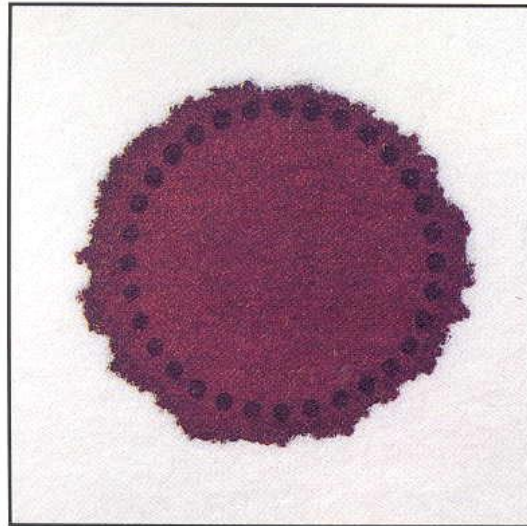
- Chauffer le site de ponction
- Nettoyez la peau avec un tampon alcoolisé. (alcool ou isopropanol à 70°) de la pulpe vers l'extrémité
- Si la peau est très sale prenez un nouveau tampon.
- Laissez l'alcool sécher à l'air.
- Ne soufflez pas sur le lieu de ponction pour sécher l'alcool car les bactéries pourraient s'y incruster.

Phase analytique (6)

Deux exemples de bons prélèvements DBS

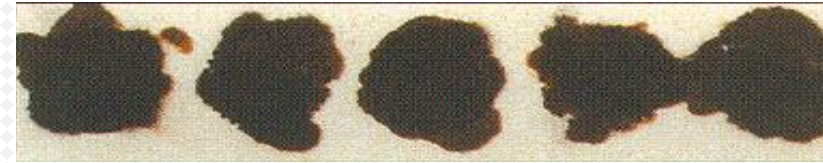


Phase analytique (10)



Dépôt correctement réalisé

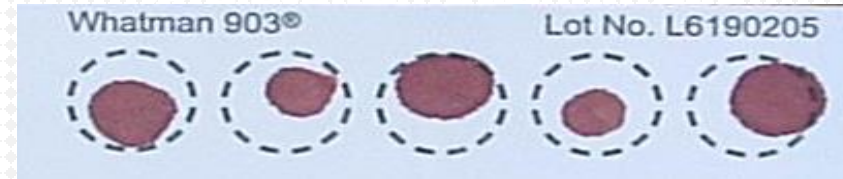
Dépôts non conformes



Prélèvements coagulés



Prélèvements refusés



Prélèvements insuffisants

Phase post analytique (1)

Elimination des déchets



- Après la piqûre, la lancette doit être éliminée dans un conteneur rigide pour objet piquant et tranchant

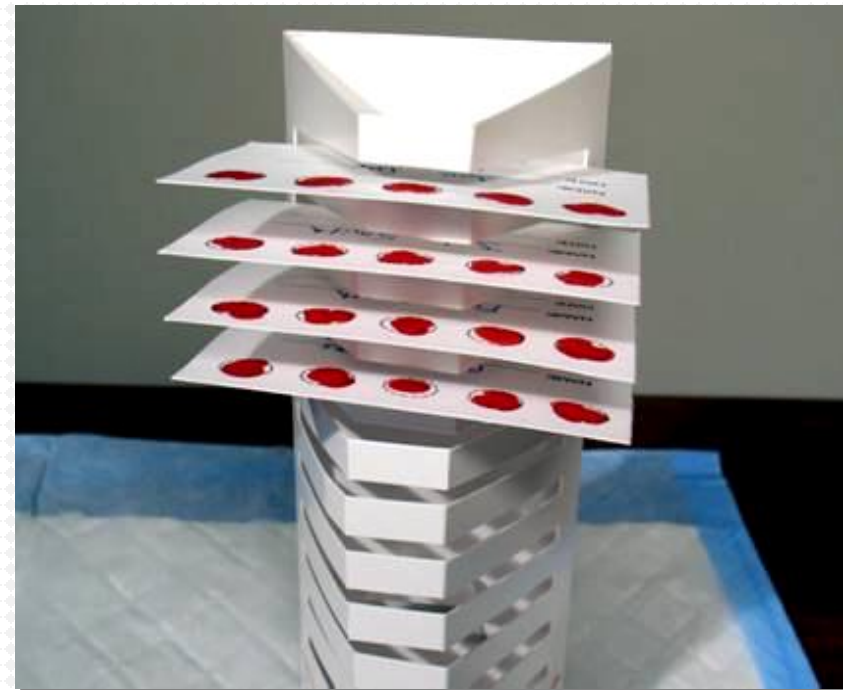
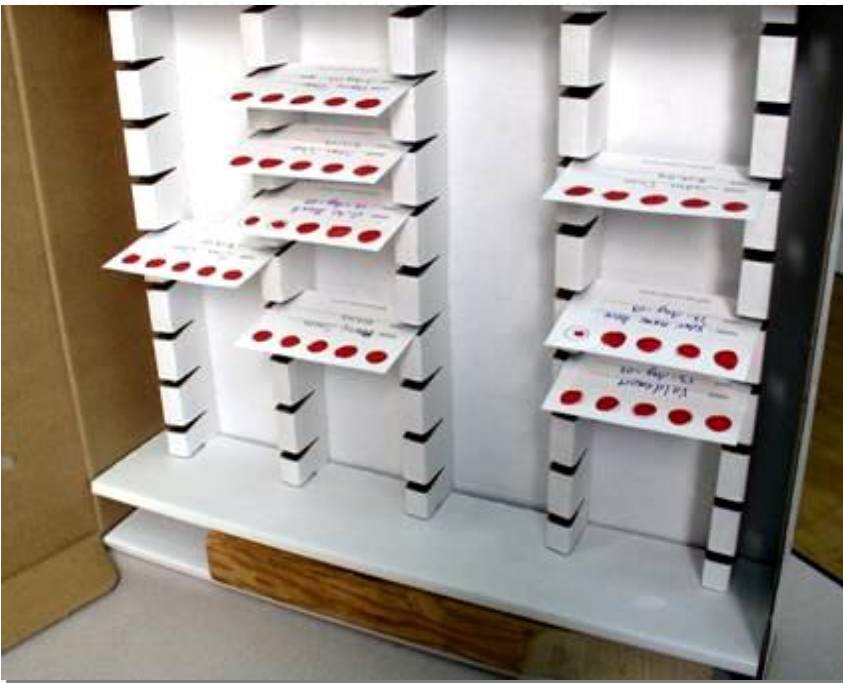


- Les autres déchets souillés sont éliminés dans un sac poubelle approprié

Phase post analytique (2)

Séchage des prélèvements DBS

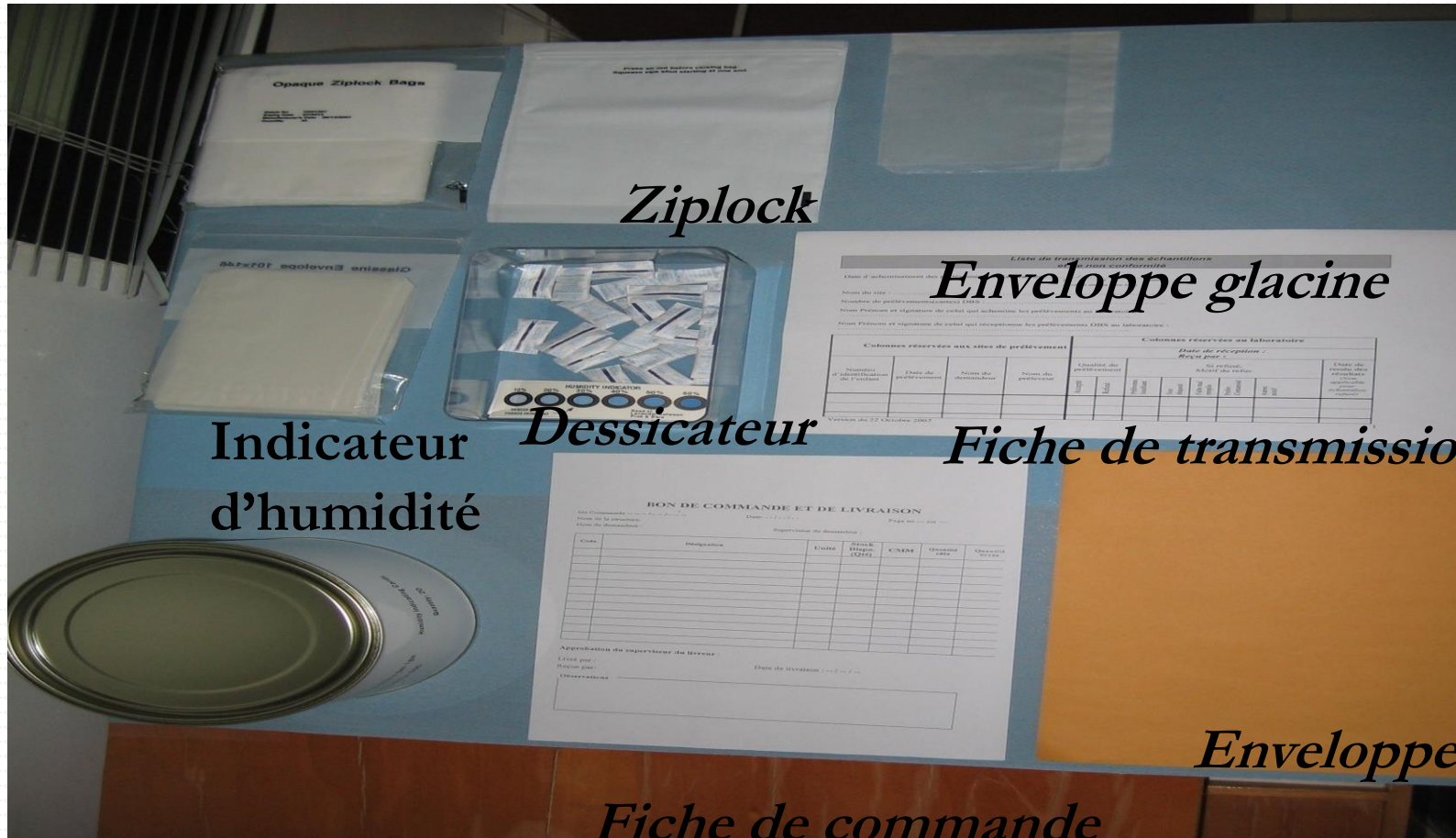
Laisser sécher les DBS à l'air libre pendant au moins quatre heures de temps ou sécher les DBS à l'air libre pendant au moins quatre heures de temps ou toute la nuit.



Phase post analytique (3)

Stockage des DBS

Matériel nécessaire au stockage des DBS



Phase post analytique (4)

Stockage des DBS

- En début de chaque journée de travail ranger le DBS de la veille
- Mettre chaque carte DBS dans une enveloppe glacine
- Et ensuite dans un sachet ziplock
- Ajouter au moins 10 dessicants et une carte indicatrice du taux d'humidité
- Chasser tout l'air du sachet et le fermer hermétiquement
- Stocker les DBS dans la boîte plastique s'ils ne vont pas au site de collecte.

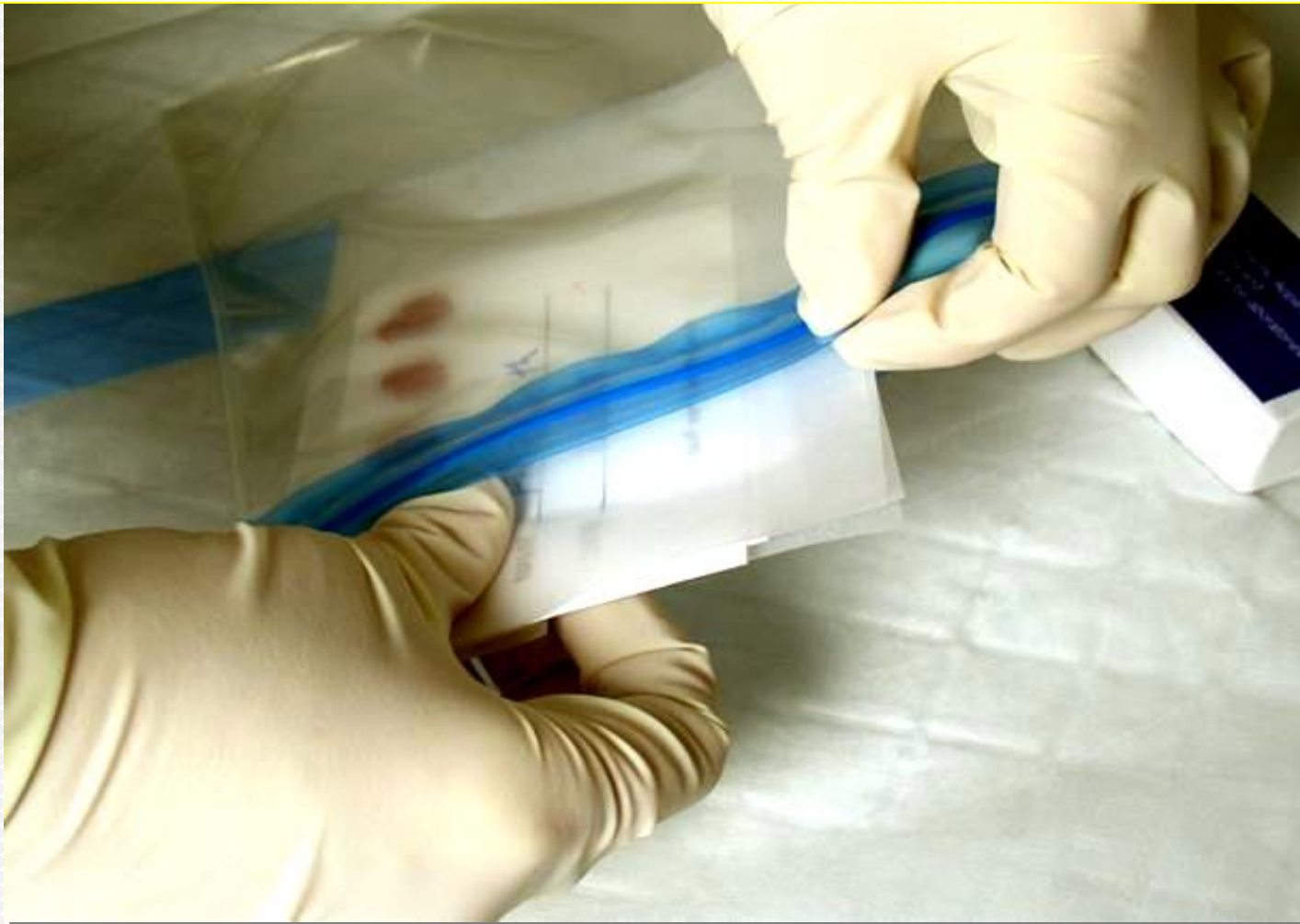
Phase post analytique (5)

Rangement d'une carte de DBS dans une enveloppe glacine



Phase post analytique (6)

Rangement de 10 enveloppes glacées dans un grand ziplock



INSTITUT NATIONAL DE FORMATION DES AGENTS DE SANTE - INFAS

Phase post analytique (7)

Ajouter au moins 10 sachets de dessiccants dans chaque grand ziplock



Phase post analytique (8)

Ajouter aussi une carte indicatrice du taux d'humidité dans
chaque grand ziplock



Conditionnement et transport des DBS au laboratoire

Utiliser une enveloppe portant l'adresse du laboratoire et du site de prélèvement.



- Mettre tous les DBS dans une grande enveloppe préalablement identifiée avec le nom du site, le nom du laboratoire et la date du jour
- Mettre également toutes les fiches correspondantes dans la même enveloppe
- Remplir la fiche de transmission
- Transférer les prélèvements au laboratoire



Procédure de réalisation du Determine

Organisation de la paillasse

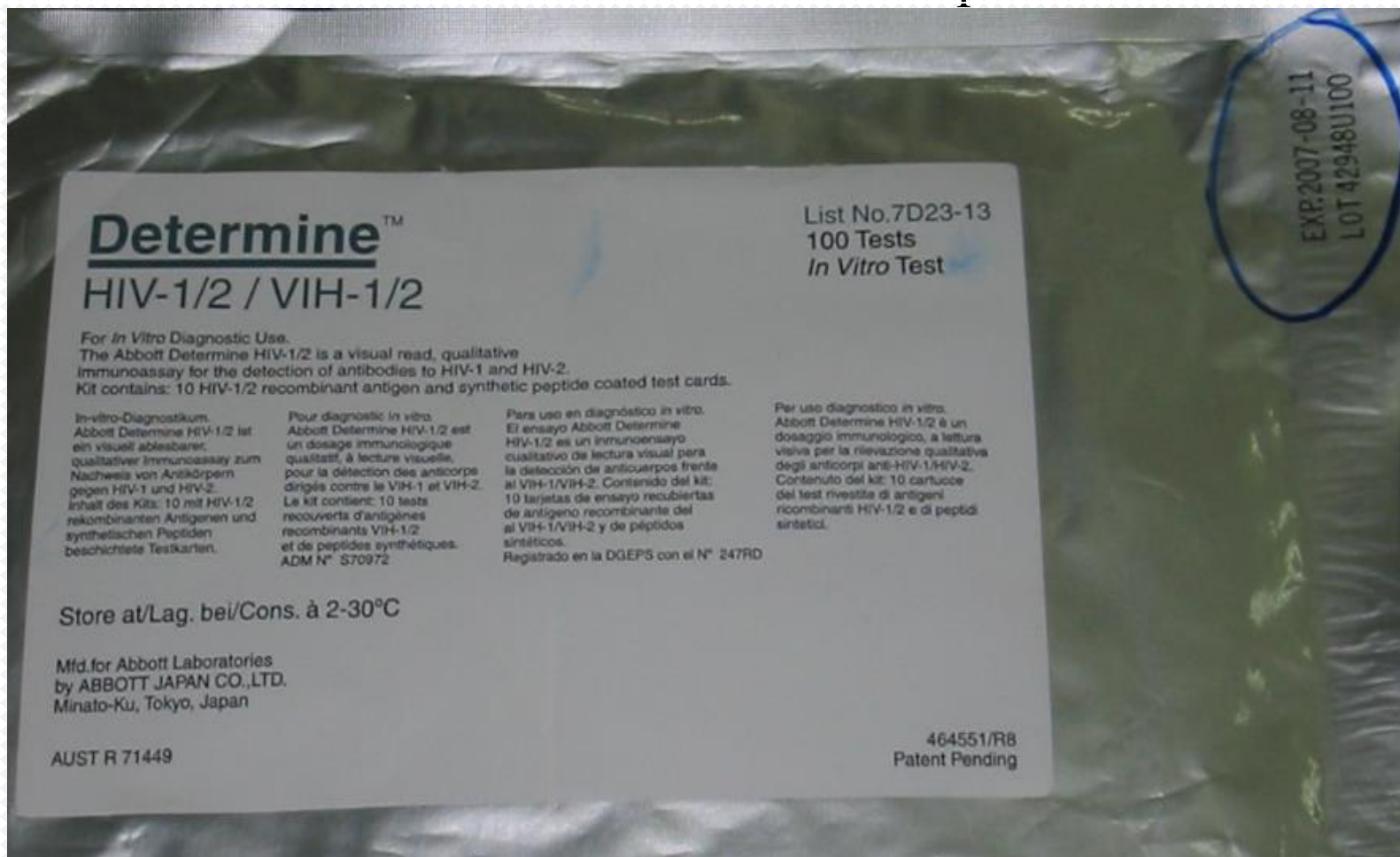
- 1) Nettoyer la paillasse
- 2) Disposer le matériel sur la paillasse ou la table de prélèvement et de manipulation
- 3) Disposer la procédure opératoire des tests



- 1) Conteneur de déchets tranchants
- 2) Sac poubelle
- 3) Pissettes d'eau de javel
- 4) Pissette d'alcool
- 5) Gants
- 6) Fiche de paillasse
- 7) Chronomètre
- 8) Lancettes rétractables
- 9) Sparadraps
- 10) Tests VIH: Determine, Bioline et Stat Pak

Validité des kits

Vérifier la date d'expiration et Noter les numéros de lots ainsi que la date d'ouverture de chaque kit

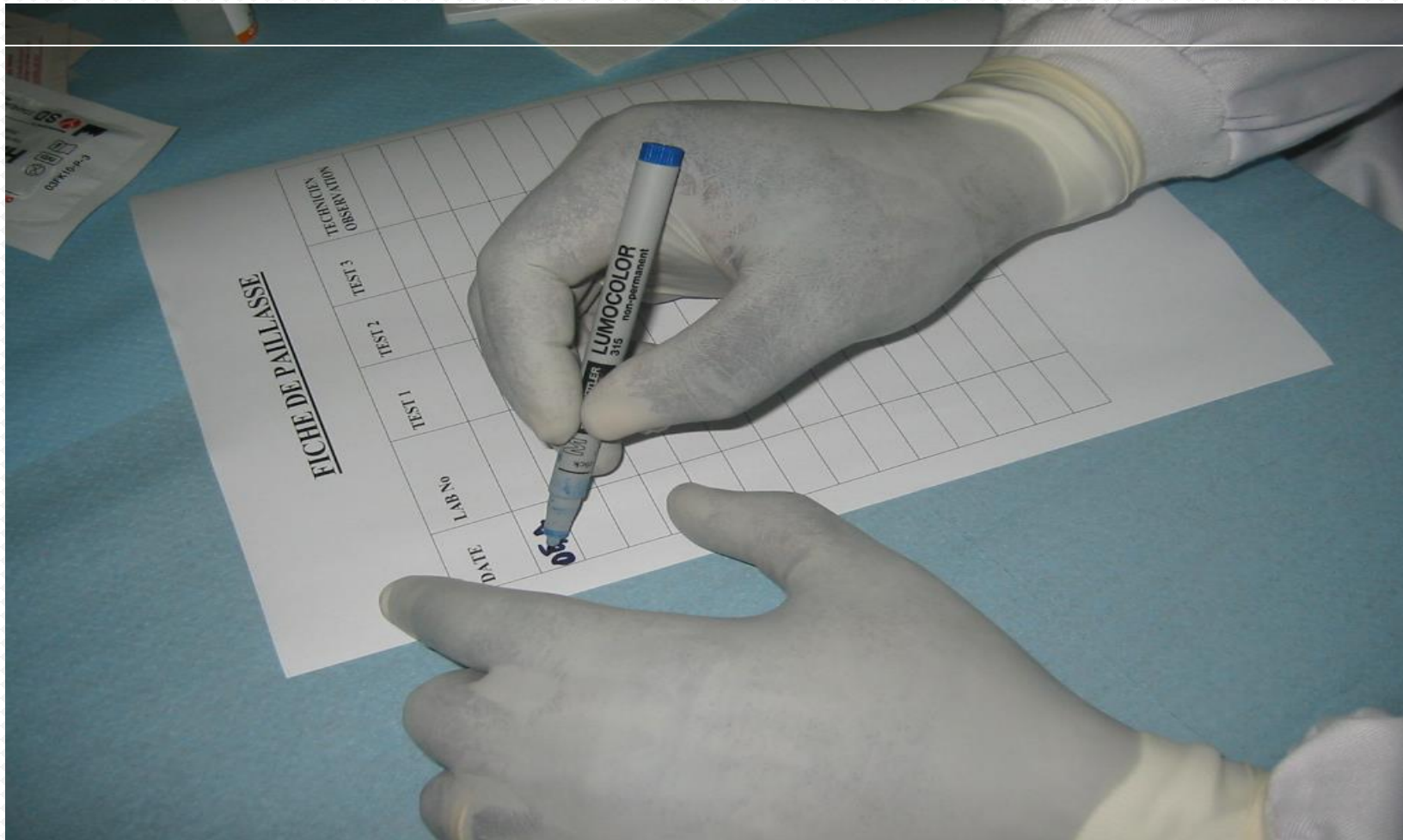


Date d'expiration

INSTITUT NATIONAL DE FORMATION DES AGENTS DE SANTE - INFAS

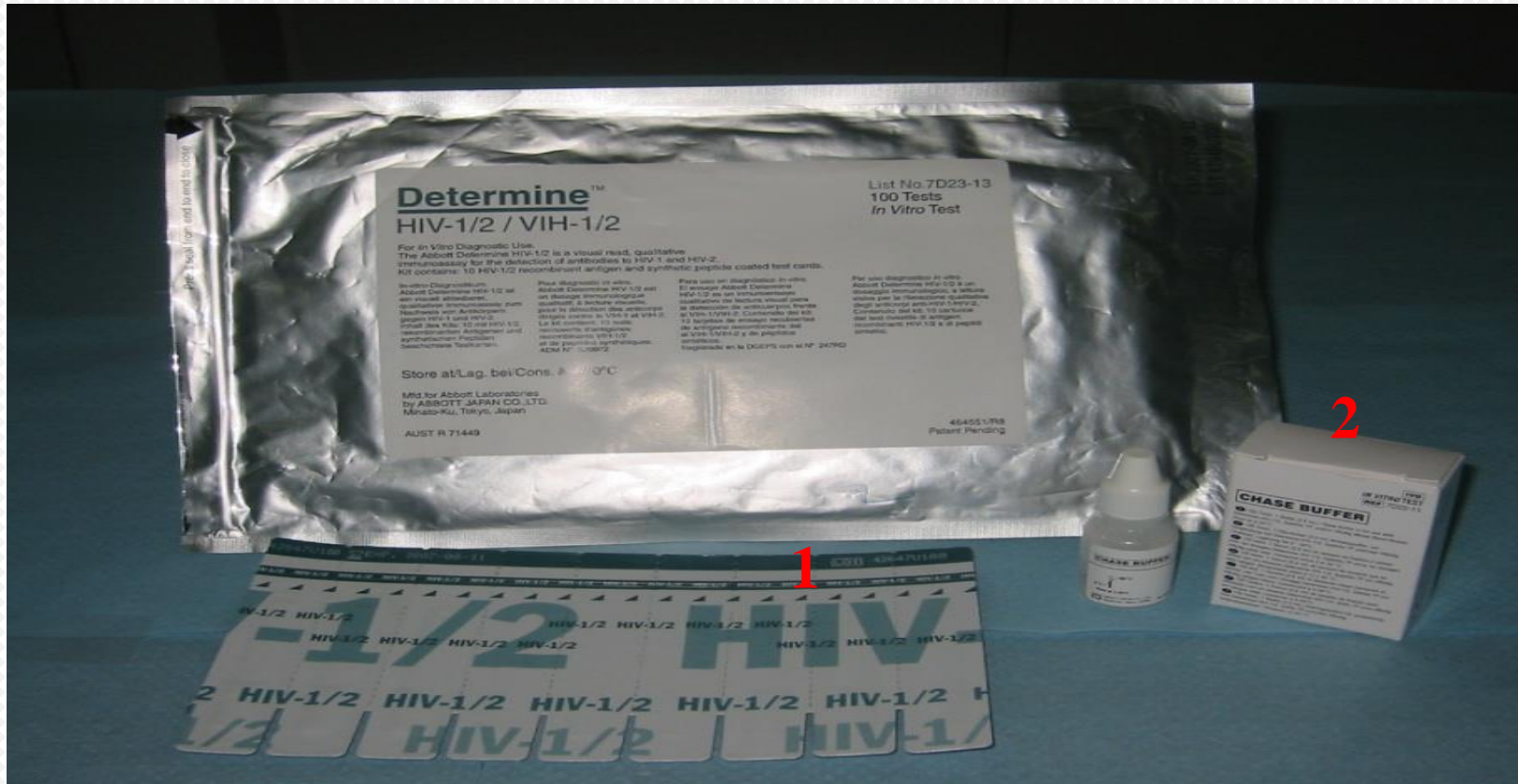
Mettre le numéro d'identification du client dans le registre de dépistage

Remplir la fiche de paillasse



Préparation du kit de Determine

1) composition du kit

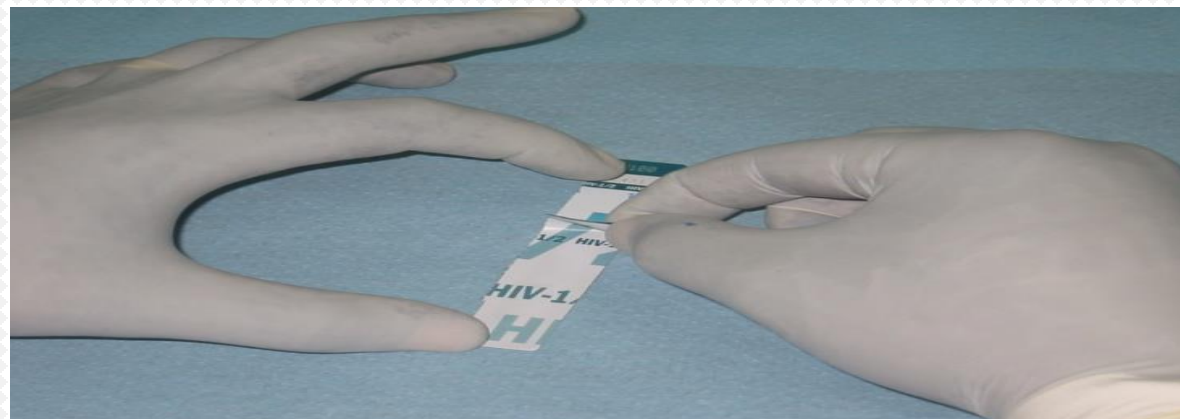


DETERMINE

1. Bandelettes
2. Solution tampon

Préparation du kit de Determine

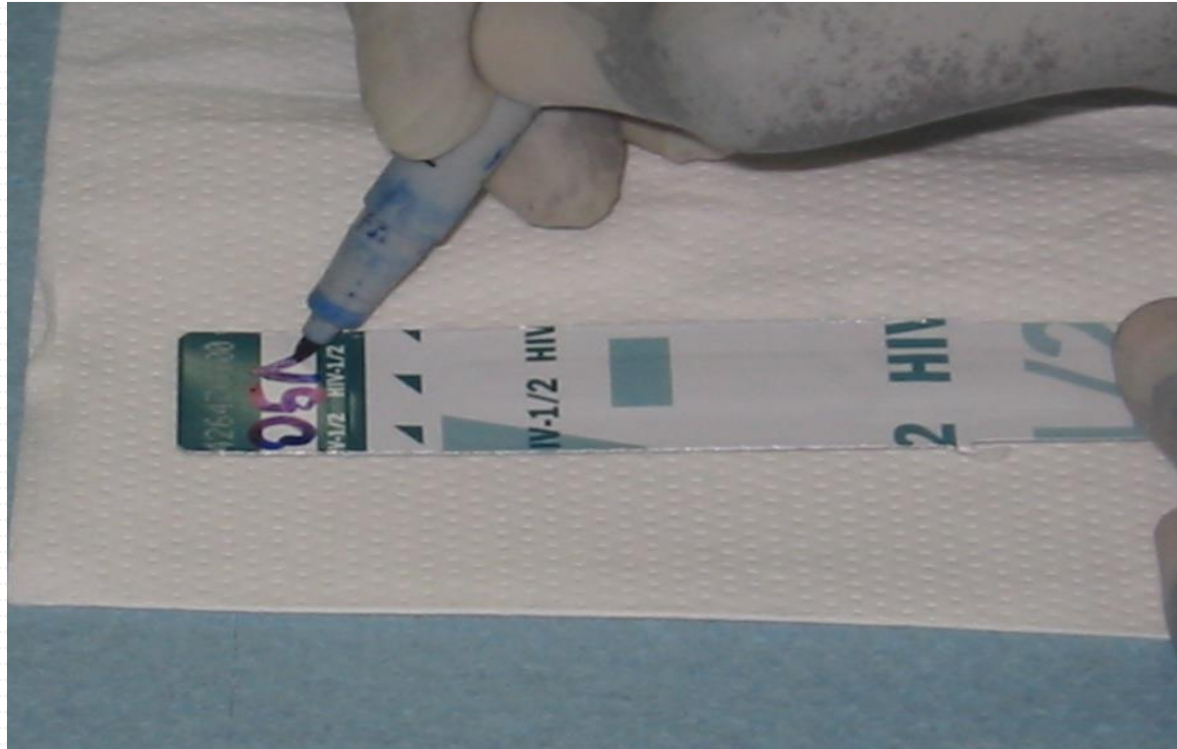
- 2) Sortir les supports de réaction du determine de leur emballage



Determine

Préparation du kit de Determine

- 3) Noter le numéro du client sur les supports de réaction à l'aide d'un marqueur indélébile



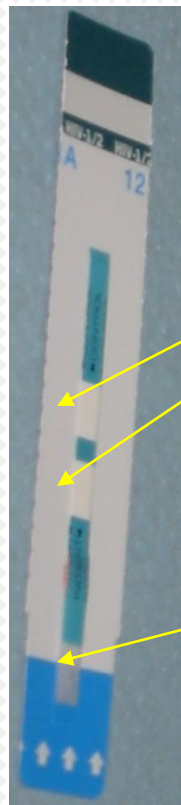


Phase analytique

Exécution du test Déterminine sur sang

total au bout du doigt

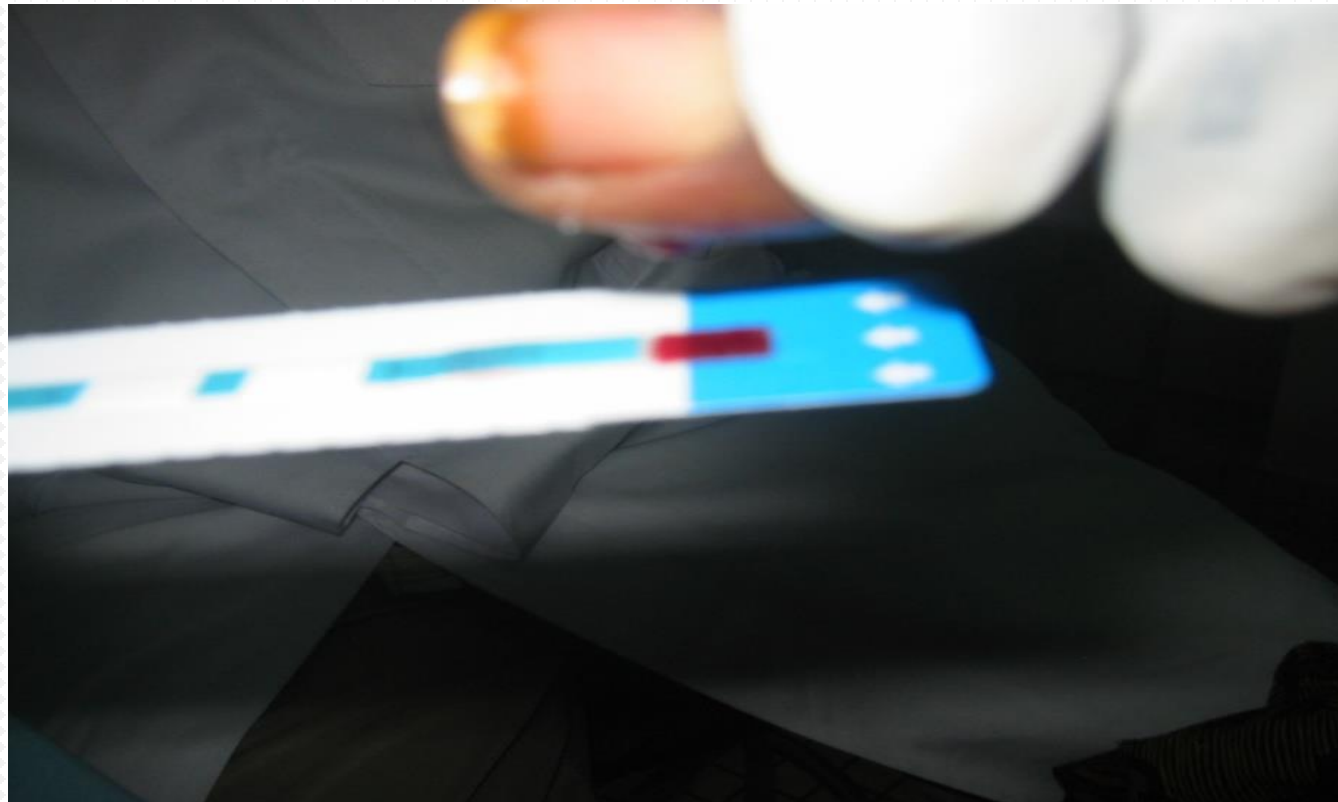
3) Supports de réaction



Zone de réaction

**Zone de dépôt
de la goutte de sang**

Exécution du test Détermine sur sang total
au bout du doigt
2) Dépôt de la goutte

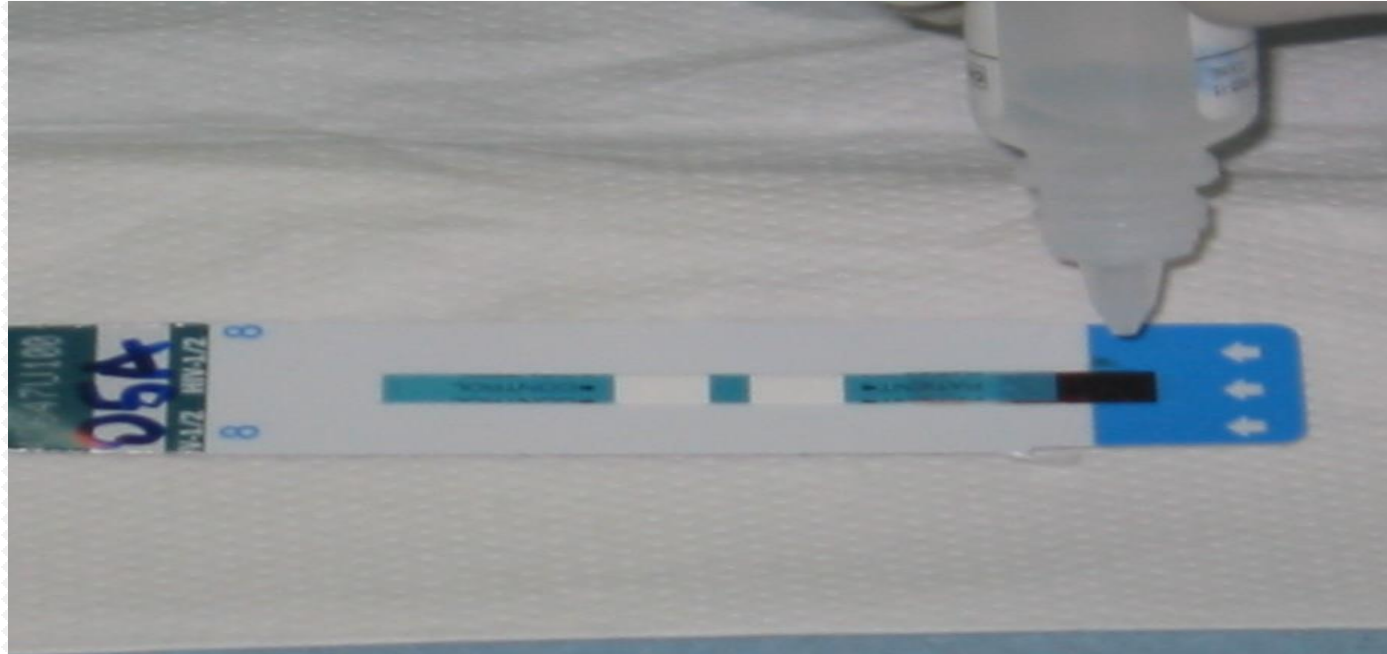


Déposer une goutte de sang dans la zone de dépôt

INSTITUT NATIONAL DE FORMATION DES AGENTS DE SANTE - INFAS

Exécution du test Determine sur sang total au bout du doigt

3) Ajout du tampon/diluant



- Attendre l'absorption totale de la goutte de sang
- Ajouter 1 goutte de tampon

Exécution du test Determine sur sang total au bout du doigt :

4) Lire le résultat



DETERMINE

au bout de 15 min (max
60min)



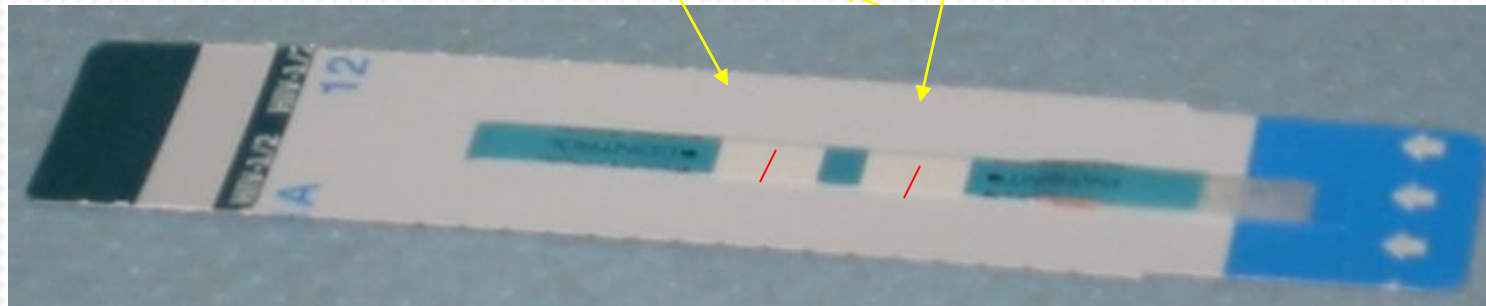
Phase post analytique

Résultats

1) Résultats du Détermine

Spot contrôle

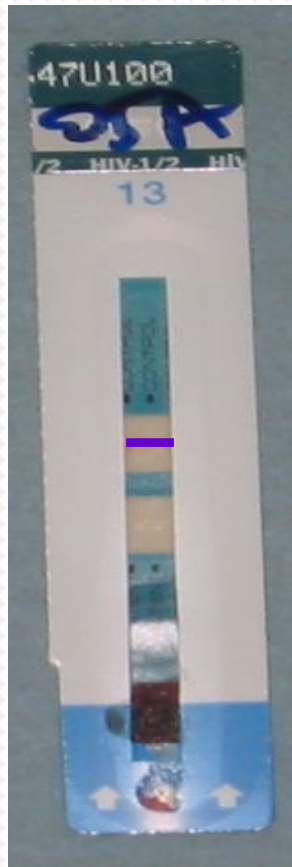
Spot VIH-Positif



Support de réaction

Résultats

2) Résultats du Détermine



VIH- Négatif



VIH- Positif



Invalide



Procédure de réalisation du Stat-Pak

- **HIV 1/2 STAT-PAK**
 - (Test rapide,
- **détection des Ac anti-VIH 1/2)**



• Exécution des tests sur sang total au bout du doigt

- 1) Support de réaction



• Zone de réaction

• Zone de dépôt de la goutte de sang

• **STAT-PAK**

Exécution des tests sur sang total au bout du doigt

- 2) Noter le numéro du client sur le support de réaction à l'aide d'un marqueur indélébile



Exécution des tests sur sang total au bout du doigt:

3) Dépôt de la goutte



- Déposer 1 goutte de sang dans la zone de dépôt du support

Exécution des tests sur sang total au bout du doigt:

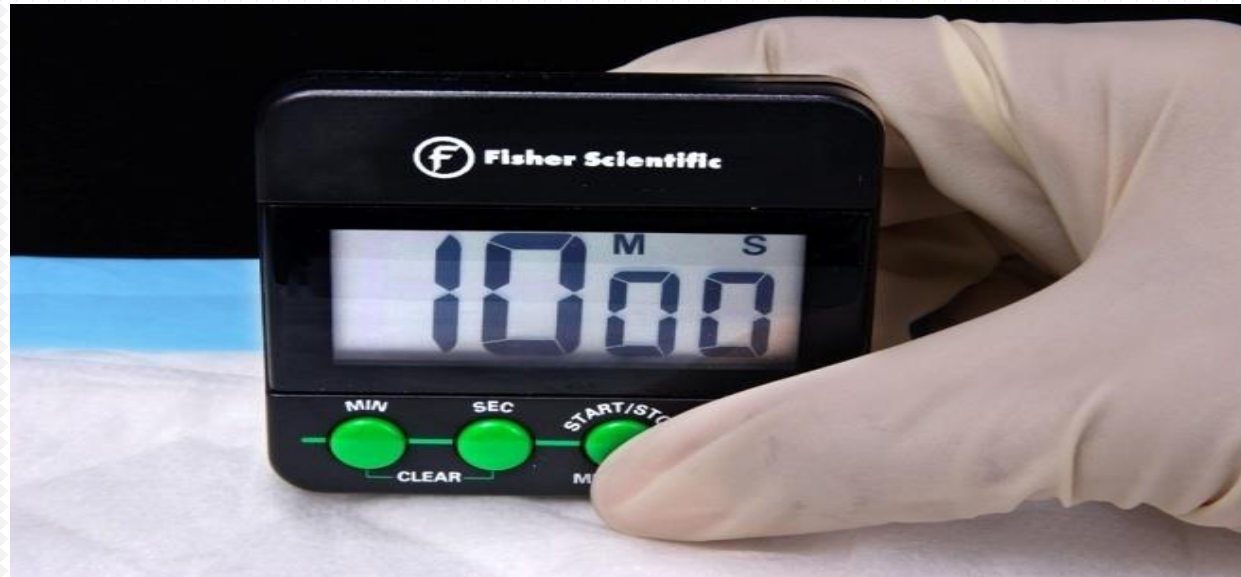
4) Ajout du tampon/diluant



•Ajouter 3 gouttes de tampon

• Exécution des tests sur sang total au bout du doigt:

5) Lire le résultat



• Lire le résultat au bout de **10 mn**

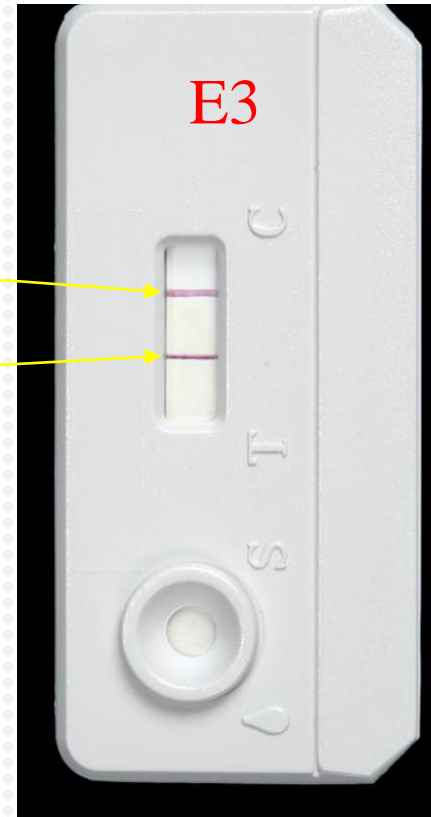


Phase post analytique

• Résultats (1)

• Spot contrôle

• Spot Positif



- Support de réaction

Résultats (2)



•VIH-Positif

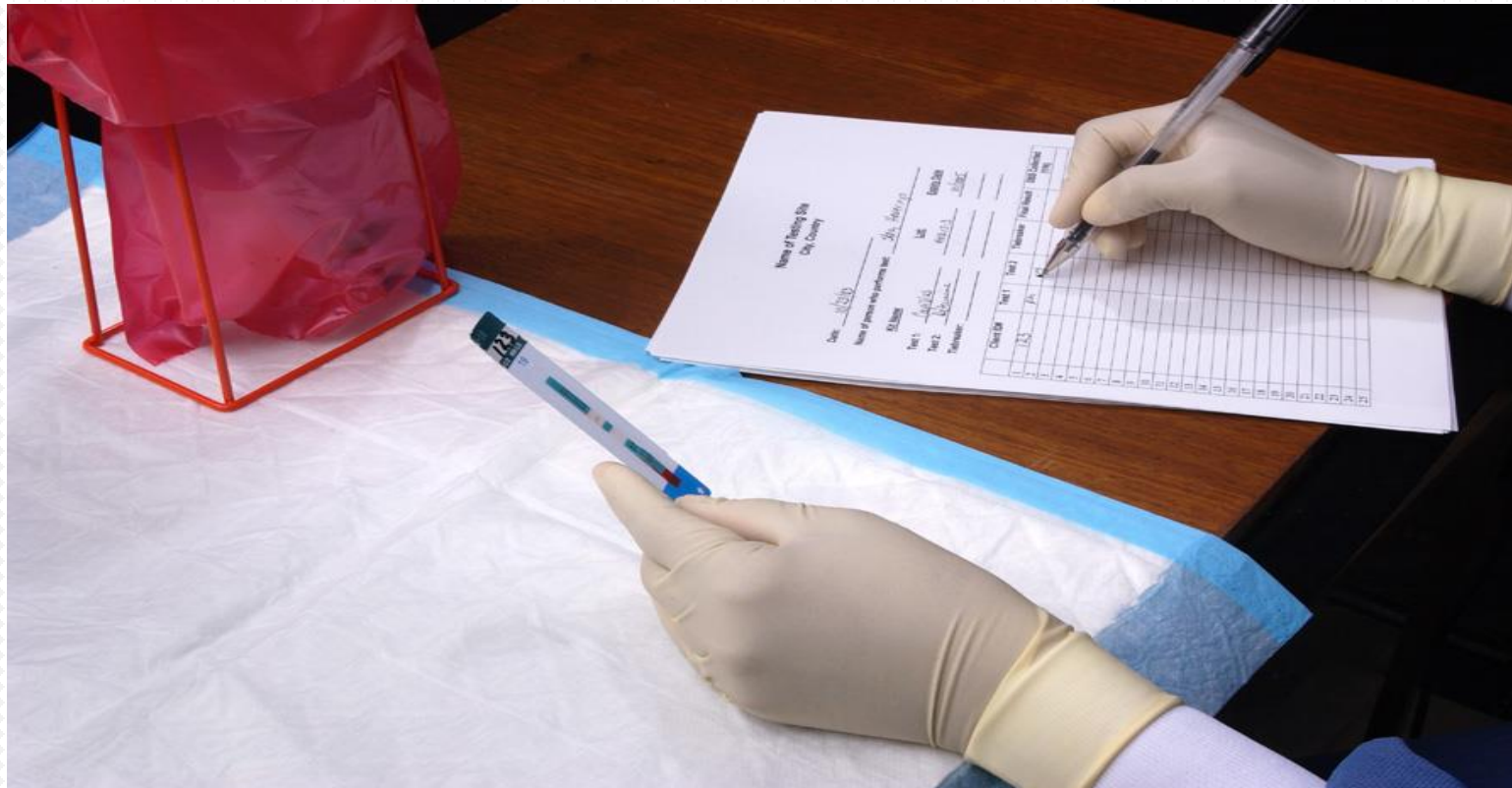
•VIH-Négatif

•Invalide

INSTITUT NATIONAL DE FORMATION DES AGENTS DE SANTE - INFAS

Résultat final

Noter les résultats obtenus dans le registre de dépistage



Interprétation du résultat final

Le résultat final du dépistage est fourni en utilisant les grilles ci-dessous :

- Si DETERMINE® non réactif alors le client est déclaré VIH négatif ;
- Si DETERMINE® réactif et STAT PAK® réactif alors le client est déclaré VIH positif ;
- Si DETERMINE® réactif et STAT PAK® non réactif alors référer le client au laboratoire et noter résultat indéterminé dans le registre.

IV. CONSEILS AU POSTE DE DÉPISTAGE

DEFINITION CONSEIL/COUNSELING

Selon l'OMS

- Dialogue confidentiel entre un client et un prestataire.
- Permet au client de surmonter le stress et de prendre des décisions personnelles par rapport au VIH/sida.
- Consiste à évaluer le risque personnel de transmission du VIH et à faciliter l'adoption de comportements préventifs

PRINCIPES DE BASE DU SERVICE DE DÉPISTAGE DU VIH

PRINCIPE DES 5 C

1. Conseil
2. Consentement
3. Confidentialité
4. Résultat Correct
5. Connexions

CONSEIL/COUNSELING

Selon l'article 6 de loi VIH :

« Les centres de santé, hôpitaux, cliniques ou laboratoires autorisés à effectuer les tests de dépistage du VIH sont tenus de fournir une assistance psychosociale pré-test, ainsi qu'une assistance psychosociale post-test aux personnes auxquelles ils offrent des services de dépistage du VIH »

CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ

Le dépistage doit être volontaire et faire suite à un consentement qui peut être oral, tacite ou écrit.

Les services de dépistage permettent au client de connaître son statut sérologique ou avoir des informations sur l'infection à VIH, que cette démarche soit:

- ✓ Volontaire
- ✓ Initiée par le prestataire (CDIP)

CONFIDENTIALITÉ (1)

- Le client confie au prestataire des informations privilégiées que celui-ci devra garder confidentielles pour sauvegarder les droits et le bien-être du client.
- Pour les clients âgés de moins de 16 ans, le majeur incapable et pour toute personne dans l'impossibilité de manifester sa volonté, l'accord du représentant légal doit être obtenu.

CONFIDENTIALITE (2)

- La levée de la confidentialité est un droit qui appartient au client et ne se conçoit qu'avec son consentement « éclairé » sauf cas d'exception prévu par la loi.
- Si le partage du résultat s'impose pour préserver la sécurité ou le bien-être d'autrui, le prestataire doit se conformer aux articles 12 et 15 de la loi VIH RCI. Toutefois le prestataire doit encourager le client à partager l'information avec une autre personne afin d'optimiser sa prise en charge et surtout avec son partenaire

RÉSULTAT CORRECT

L'offre de services de dépistage du VIH doit utiliser des tests de qualité et suivre les procédures d'assurance qualité pour garantir un diagnostic correct.

CONNEXIONS/LIENS

- Les services de prévention, de traitement, de soins et de soutien du VIH doivent être assurés par des systèmes dotés des ressources nécessaires pour l'orientation, le soutien et le suivi des patients.
- L'offre de services de dépistage dans un cadre qui ne garantit pas le lien avec les services de soins et traitement n'a aucun intérêt pour les clients dépistés positifs au VIH.

TYPES DE SERVICE DE DÉPISTAGE

1. Services de dépistage du VIH dans les établissements sanitaires
2. Services de dépistage du VIH dans la communauté

Ces services peuvent se faire à l'initiative du patient ou du prestataire

CIBLES PRIORITAIRES DES SERVICES DE DÉPISTAGE (1)

- Patients symptomatiques : signes évocateurs de l'infection à VIH, signes de malnutrition, signes d'Infections sexuellement Transmissibles (IST), signes de Tuberculose
- Travailleurs du sexe et leur partenaire stable
- Homme ayant des rapports Sexuels avec d'autres Hommes (HSH)
- Routiers
- Populations carcérales

CIBLES PRIORITAIRES DES SERVICES DE DÉPISTAGE (2)

- Utilisateurs de Drogues (UD) y compris les Utilisateurs de Drogues injectables (UDI)
- Personnes en uniforme
- Migrants
- Orphelins et Enfants rendu Vulnérables (OEV) du fait du VIH
- Enfants nés de mère séropositive
- Femmes enceintes et leur conjoint
- Adolescentes et les jeunes filles
- Membres de famille de sujets index

CONSEIL PRE ET POST TEST DU VIH

Exigences pour un bon counseling

- Être empathique : capacité à percevoir et comprendre les sentiments d'une autre personne.
- Maîtriser les techniques de communication interpersonnelle et de groupe pour conduire des entretiens brefs et concis
- Faciliter le soutien au patient (implication de la communauté à travers des groupes d'auto support, les associations de soutien et les familles de patients)

Techniques de communication

- **Les techniques d'écoute:** être capable d'écouter son client et de l'aider à s'exprimer.
 - ✓ Maintenir le contact visuel approprié
 - ✓ Être attentif
 - ✓ Encourager
 - ✓ Paraphraser
 - ✓ Résumer

- **Les techniques d'expression :** s'exprimer pour être compris
 - ✓ Se mettre au même niveau de langage que le client
 - ✓ Utiliser des expressions précises
 - ✓ Poser des questions ouvertes
 - ✓ Motiver

Procédures du conseil pre-test

Préparer le client a effectuer le test

- Accueillir le client
- Informer le client sur les avantages de connaître son statut sérologique ;
- Informer sur les implications d'un résultat positif ou négatif ;
- Informer sur la disponibilité des soins et traitement en cas de résultat positif ;
- Expliquer comment va se faire le test rapide au bout du doigt ;
- Proposer des options de prévention et encourager le dépistage du ou des partenaires sexuels ;
- Obtenir le consentement du client.

Cas du CDIP

En milieu clinique, le prestataire doit:

- Expliquer l'importance du test pour la prise en charge ;
- Procéder au prélèvement, sauf refus clairement exprimé ;
- Assurer la prise en charge de la pathologie qui a conduit le patient en consultation;
- Répondre aux éventuelles questions du patient.
- Si le patient est hospitalisé, le prestataire l'invite dans son bureau pour l'entretien individuel ou fait l'entretien au lit en s'assurant du respect de la confidentialité.

En cas de refus

Le prestataire doit:

- Fournir tous les soins liés à la pathologie qui a motivé la consultation ;
- Noter le refus dans le registre de consultation de soins curatifs (CDIP proposé, CDIP non réalisé) ;
- Encourager le patient à réfléchir à la question du dépistage du VIH ;
- Revenir sur la question au prochain rendez-vous.

Procédure du conseil post-test

Préalable

- S'assurer que le client est disposé à recevoir son résultat
- Aider le client à lire le résultat du test
- Confirmer le résultat du test de manière simple et clair
- S'assurer que le client comprend la signification de son résultat

En cas de résultat négatif

- Informer sur la période de la séroconversion ;
- Insister sur l'importance de connaître le statut de son ou (ses) partenaire (s) sexuels ;
- Informer sur la disponibilité des services de dépistage pour les partenaires et les couples ;
- Référer ou faire le lien avec d'autres services de prévention (Prévention et prise en charge des IST) ;
- Discuter des risques de sérodifférence du partenaire.

En cas de résultat positif (1)

- Discuter avec le patient d'un style de vie positif (SPDP) ;
- Informer le patient sur la disponibilité des services (soins et traitement ARV, groupe de soutien) ;
- Informer le patient sur les procédures de prise en charge (bilan initial, traitement ARV, bilan de suivi, traitement des infections opportunistes) ;

En cas de résultat positif (2)

- Informer le patient sur les bénéfices du maintien dans les soins ;
- Donner des informations au patient concernant la réduction de la transmission du VIH ;
- Demander au patient d'encourager son conjoint et ses partenaires sexuels à faire le test ;
- Encourager le client à favoriser le dépistage famille ;

En cas de résultat positif(3)

- Traiter des autres préoccupations du patient ;
- Référer le client pour une prise en charge adaptée à ses besoins ;
- Informer le client de l'existence d'une loi VIH lui faisant obligation d'informer ses partenaires sexuels de son statut positif VIH dans les trois mois suivant l'annonce.

Enregistrement des résultats

A la fin de chaque entretien, le prestataire :

- Renseigne les outils de gestion de l'activité (dossiers, registres et fiches, etc.) ;
- Range ces outils de gestion sous clé.

Conseil des cas particuliers

Cas du couple

Le prestataire :

- Obtient l'accord du couple pour le recevoir en tant qu'entité unique durant tout le processus ;
- Identifie le type d'union (polygame, monogame ou polyandre), en cas de polygamie ou polyandrie, chaque couple est reçu séparément ;
- Evite d'évoquer le comportement sexuel de chaque conjoint en dehors du couple ;

Cas du couple (1)

Le prestataire:

- Donne les informations sur les risques de contamination et les moyens de prévention du VIH au sein du couple ;
- Donne les informations sur la procédure de réalisation du test et discute des implications des résultats possibles ;
- Insiste sur l'importance du partage du statut avec son conjoint.

Cas du couple (2)

Le prestataire :

- Réalise simultanément le dépistage du couple en cas d'accord des deux partenaires ;
- Donne simultanément le résultat du couple ;
- Discute des options de réduction du risque au sein du couple ;
- Développe un plan de réduction de risques ;

Cas du couple (2)

Le prestataire:

- Apporte un soutien psychologique au couple et démarre le processus de prise en charge médicale, si couple concordant positif ou discordant ;
- Aborde les questions de planning familial ;
- Si le couple refuse d'être reçu comme une entité unique, le prestataire reçoit les partenaires séparément selon la procédure de l'entretien individuel et encourage le partage de résultat.

Cas de la femme enceinte /allaitante (1)

Le prestataire:

- Informe sur les risques de transmission du VIH à l'enfant ;
- Informe sur les mesures qui peuvent être prises pour réduire la transmission du VIH de la mère à l'enfant ;
- Informe sur les avantages du dépistage précoce pour la mère et pour l'enfant ;
- Encourage le dépistage du conjoint ;

Cas de la femme enceinte /allaitante (2)

Le prestataire :

- Informe sur les modes d'alimentation pour réduire la transmission du VIH au cours de l'allaitement ;
- Informe sur la nécessité de se faire re tester dans la période périnatale (dernier trimestre de la grossesse, au cours du travail, post-partum immédiat) en cas de négativité du test de dépistage précédant.

Cas de l'enfant exposé au VIH (1)

Le prestataire :

- Explique les raisons motivant cette proposition au parent (père, mère) ou représentant légal ;
- Donne les avantages du dépistage (du point de vue clinique pour la pathologie en cours et du point de vue préventif dans la réduction des épisodes de morbidité et de mortalité) ;

Cas de l'enfant exposé au VIH (2)

Le prestataire:

- Obtient le consentement d'un des parents ou du représentant légal;
- Annonce le résultat au parent ou au représentant légal.

Cas de l'enfant exposé au VIH (3)

Si le test est positif chez l'enfant, le prestataire:

- Informe les parents que le traitement du VIH est disponible et gratuit ;
- Propose le dépistage aux parents (père, mère) ;
- Encourage le dépistage de la fratrie ;
- Réfère l'enfant pour sa prise en charge.

Cas de l'enfant exposé au VIH(4)

En cas de refus du dépistage de l'enfant par les parents le prestataire :

- Fournit tous les soins liés à la pathologie qui a motivé la consultation ;
- Encourage le parent ou le représentant légal à réfléchir à la question du dépistage du VIH ;
- Note le refus dans le registre de consultations curatives;
- Refait la proposition du test au prochain rendez-vous.

Cas des enfants et adolescent (1)

Le prestataire :

- Eduque sur les comportements à moindre risque (tel que l'abstinence, l'utilisation correcte et systématique du préservatif en cas d'activité sexuelle...), la prévention de l'infection à VIH et les grossesses non désirées ;
- Informe sur la nécessité de se faire re tester en cas de prise de risque (rapports sexuels non protégés, rupture de préservatifs, Etc.) ;

Cas des enfants et adolescent(2)

Le prestataire :

- Fait la référence active vers les services adaptés si besoin.
- Recommande l'implication des parents ou du tuteur légal dans la prise en charge

NB: Pour l'enfant et l'adolescent de moins de 16 ans, obtenir le consentement de l'un des parents ou représentant légal.

L'approche famille (1)

A partir du sujet index, le prestataire:

- Présente à l'ensemble de la famille les objectifs et les avantages du dépistage en famille ;
- Fait une éducation sur le VIH/sida en tenant compte de la spécificité de la famille ;
- Réalise une séance de conseil unique pour le couple ;

L'approche famille (2)

A partir du sujet index, le prestataire:

- Réalise des séances de conseil individuel après le consentement des parents ou du représentant légal pour les enfants et les adolescents ;
- Réalise des sessions de conseil individuel pour les adultes ;
- Suit les procédures d'offre de services de dépistage spécifiques à chaque groupe ;
- Encourage le partage des résultats au sein de la famille.

CAS DES POPULATIONS CLÉS (1)

Pour faciliter l'identification des populations clés, le prestataire doit :

- Diriger l'entretien dans le sens de la pratique sexuelle du client
- Renseigner le type de population clé dans le registre de consultation

Cas des populations clés (2)

Pour les populations clés (travailleurs du sexe, hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes ,les populations carcérales et usagers de drogues) dépistées négatives, le prestataire :

- Encourage à refaire le test (contrôle) tous les six mois ;
- Insiste à adopter un comportement à moindre risque (utilisation systématique et correct du préservatif et du gel lubrifiant à base d'eau, Etc.).

Les techniques d'écoute

Maintenir le contact visuel approprié	aide le client à être plus confiant facilite la communication.
Etre attentif	Montrer qu'on écoute et comprend ce que dit l'interlocuteur.
Encourager	Utiliser des signaux verbaux ou non verbaux pour encourager son client à continuer de parler.
Paraphraser	Reformuler les points importants du discours du client.
Résumer	Permet de faire la synthèse des points importants du discours du client (faits et sentiments exprimés par le client) et d'orienter l'entretien.

Les techniques d'expression

Se mettre au même niveau de langage que le client	S'adapter au mieux au niveau de langage du client. Avoir recours à un interprète avec le consentement du client en cas de difficulté de communication.
Utiliser des expressions précises	Utiliser des expressions précises en fonction des besoins du client au cours de l'entretien
Poser des questions ouvertes	Questions qui emmènent le client à faire un développement (comment,? quoi ? Pourquoi?)
Motiver	Consiste à féliciter le client pour les nouveaux comportements qu'il a été en mesure d'adopter

RECAPITULATIF

- Deux méthodes de diagnostics de l'infection à VIH : directe et indirecte
- Algorithme en série de tests rapides utilisé en Côte d'Ivoire
- La réalisation du prélèvement capillaire, des DBS et des tests rapides VIH
→ étape importante et incontournable dans la prévention de l'infection à VIH.
- il importe aux prestataires de respecter rigoureusement les procédures de réalisation en vue de rendre des résultats fiables.



INSTITUT NATIONAL DE FORMATION DES AGENTS DE SANTE - INFAS

Blvd de Marseille, 18 BP 720 Abidjan 18, Tel.: (225) 21005660 / 21001906 – Email: info@infas.ci – site web: www.infas.ci



STRATEGIES DE PREVENTION

Pool de formateurs VIH - INFAS

INSTITUT NATIONAL DE FORMATION DES AGENTS DE SANTE - INFAS

Bvd de Marseille, 18 BP 720 Abidjan 18, Tel.: (225) 21005660 / 21001906 – Email: info@infas.ci – site web: www.infas.ci

OBJECTIFS EDUCATIONNELS (1/2)

Objectif général

Assurer les stratégies de prévention de l'infection à VIH

Objectifs spécifiques

- Expliquer les mesures de prévention de la transmission sexuelle
 - Citer les mesures de prévention par voie sanguine
 - Décrire les mesures de prévention de la transmission mère enfant
1. Expliquer les mesures de prévention
 2. Définir le conseil
 3. Citer les principes de base du dépistage du VIH
 4. Décrire les différents types de service de dépistage
 5. Conduire le conseil pré-test et post-test



PLAN DU COURS

- 1. Prévention de la transmission sexuelle
- 2. Prévention de la transmission par voie sanguine du VIH
- 3. Prévention de la transmission Mère-Enfant

Prévention de la transmission sexuelle (1/7)

Les moyens de prévention de la transmission sexuelle sont les suivants :

Abstinence sexuelle

Fidélité mutuelle monopartenaire

Rapport protégé

Autres pratiques à moindre risque

1. Prévention de la transmission par voie sanguine du VIH (2/7)

- Toute transfusion sanguine doit se faire avec du sang testé.
- Toutes les injections (intramusculaires, ou intraveineuses) et certaines pratiques rituelles (scarifications, tatouages, circoncisions, toilettes mortuaires ...) doivent être faites avec du matériel à usage unique ou stérilisé.
- En milieu de soins, des mesures d'hygiène doivent être prises pour prévenir les accidents d'exposition au sang (AES) et aux produits biologiques : port de gants, blouse, masque, pansement sur des plaies même mineures.

Prévention de la transmission Mère-Enfant (3/7)

1.3. Prévention de la transmission Mère-Enfant

Sensibilisation large des populations sur les 4 piliers de la PTME :

- **Prévention primaire dans le cadre de la PTME → population en âge de procréer :**
 - *Promouvoir des pratiques sexuelles à moindre risque et responsables*
 - *Faciliter l'accès aux préservatifs*
 - *Pratiquer un diagnostic et un traitement précoces des infections sexuellement transmissibles*
 - *Offrir le dépistage et le conseil VIH aux partenaires sexuels des femmes dépistées séronégatives.*

Prévention de la transmission Mère-Enfant (4/7)

1.3. Prévention de la transmission Mère-Enfant

- La prévention des grossesses non désirées chez les femmes infectées :
 - *Offrir le conseil et les services de planning familial;*
 - *Offrir après l'accouchement la double contraception;*
 - *Offrir le dépistage et le conseil VIH aux partenaires sexuels des femmes dépistées séropositives au VIH dans le cadre de la PTME.*

Prévention de la transmission Mère-Enfant (5/7)

- La Prévention de la transmission de l'infection à VIH des mères infectées à leurs enfants ;
 - *pendant la grossesse* → 4 CPN. Si la femme enceinte est positive pour le VIH → *débuter le TARV sans attendre le bilan initial après avoir éliminé une Tuberculose active ou autres los : TDF+3TC +EFV quel que soit l'âge de la grossesse et à vie* → la revoir chaque mois en CPN.
 - *pendant l'accouchement* → vérifier son statut sérologique VIH dans le carnet de santé mère-enfant:
 - Si statut VIH connu Positif → s'enquérir du traitement en cours, le lui remettre en cas d'oubli
 - Si pas de TARV → démarrer ARV immédiatement
 - Si statut VIH inconnu → Proposer le dépistage et la prise en charge adéquate.
 - Pratiques sûres d'accouchement

- La Prévention de la transmission de l'infection à VIH des mères infectées à leurs enfants :
 - *En suite de couche et pendant la période de l'allaitement*
 - Proposer le test de dépistage VIH si statut inconnu ou si VIH négatif depuis plus de 3 mois. Si VIH Positif → initier le TARV
 - Traitement ARV
 - Prophylaxie ARV des enfants
 - Pratiques sûres d'alimentation

- Les Soins et soutien aux mères infectées, leurs enfants et leur famille (idem pendant l'allaitement)

Cette prise en charge repose sur :

- Traitement ARV
- Soins préventifs et curatifs des coïnfections et des symptômes pénibles
- Soins et soutien.

En vue de l'amélioration de la qualité de vie et la restauration de la dignité



MERCI

DE M'AVOIR ACCORDE VOTRE TEMPS